



Réalisation d'une analgésie péridurale malgré un souhait contraire : le vécu de dix femmes

Sabrine Kaouach

► To cite this version:

Sabrine Kaouach. Réalisation d'une analgésie péridurale malgré un souhait contraire : le vécu de dix femmes. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01057508

HAL Id: dumas-01057508

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01057508>

Submitted on 22 Aug 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 30 avril 2014

par

Sabrina Kaouach

Née le 22/06/1989

**Réalisation d'une analgésie péridurale
malgré un souhait contraire :**

Le vécu de dix femmes

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme PRUDHOMME Sophie

Sage-femme cadre

CO DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme CHANTRY Anne

Sage-femme enseignante

JURY :

Pr LEPERCQ Jacques

Mme CHANTRY Anne

Mme BAUNOT Nathalie

Mme LEMETAYER DARTOIS Marie-Françoise

Mme FALGAIROU Vincent

Directeur technique et d'enseignement

Co-directrice du mémoire, sage-femme cadre

Sage-femme coordinatrice du réseau RPPN

Représentant de la directrice de l'ESF Baudelocque

Sage-femme cadre

Mémoire N° 2014PA05MA07

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire. Je tiens, en tout premier lieu, à remercier chaleureusement Sophie Prudhomme, ma directrice de mémoire, pour l'aide et le temps qu'elle a bien voulu me consacrer et pour avoir porté un regard critique, ouvert et constructif sur mon travail, en dépit de son emploi du temps chargé.

Je tiens ensuite à remercier Anne Chantry, ma co-directrice de mémoire, pour le partage de ses connaissances et ses précieux conseils.

Mes remerciements s'adressent aussi à Aicha Hazgui, sage-femme libérale, pour son aide à l'élaboration des entretiens.

Un grand merci à mes parents pour leur soutien, leur présence, leur patience et leur amour tout au long de mes études.

Enfin j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis qui ont su me soutenir et m'encourager tout au long de la réalisation de ce travail.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des annexes	II
Introduction.....	1
Première partie Cadre conceptuel	3
1.1 <i>La douleur de l'accouchement</i>	3
1.1.1 Physiopathologie de la douleur	3
1.1.1.1 Définition et composantes de la douleur	3
1.1.1.2 Spécificité de la douleur de l'accouchement	4
1.1.1.3. La réponse au stress de l'accouchement.....	4
1.1.2 La douleur : mythe ou réalité ?	5
1.2 <i>Les recours pour pallier à la douleur de l'accouchement</i>	7
1.2.1 L'APD	7
1.2.1.1 Généralités.....	7
1.2.1.2 La représentation de l'APD	8
1.2.2. Les méthodes non médicamenteuses	8
1.2.3 Les méthodes intrinsèques.....	10
1.2.3.1 La théorie des endorphines.....	10
1.2.3.2 La théorie du portillon	10
1.2.3.3 Mise en pratique de la théorie du portillon par la méthode de Bonapace	11
1.2.4. L'accompagnement : un recours à la douleur	12
1.2.4.1 L'accouchement sans douleur	12
1.2.4.2 La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).....	13
1.3 <i>Le vécu de l'accouchement</i>	14
1.3.1. La sage-femme face à la douleur	15
1.3.1.1 Le rôle de la sage-femme : l'accompagnement.....	15
1.3.1.2. Quelle prise en charge des femmes en salle de naissance ?	15
Deuxième partie L'étude et ses résultats	17
2.1 <i>Problématique et hypothèses</i>	17
2.2 <i>Matériel et méthode</i>	18
2.3 <i>Résultats</i>	18
2.3.1 Description de la population	18
2.3.2 Ressenti général	20
2.3.3 La représentation de l'accouchement (parité, culture, influence de l'entourage)	21
2.3.3.1 La représentation de l'accouchement avant la grossesse	21

2.3.3.2 la représentation de l'accouchement pendant la grossesse.....	22
2.3.4 La représentation de la péridurale et les motivations ?	26
2.3.5 La grossesse : suivi et PNP	28
2.3.6 Le ressenti en début de travail	30
2.3.7 Le recours à l'analgésie péridurale	32
2.3.8 Le vécu post péridurale	34
2.3.9 La prise en charge	35
2.3.10 Manque et satisfaction	37
Troisième partie Analyse des résultats et discussion	40
3.1 <i>Biais et forces</i>	40
3.2 <i>Synthèses des résultats principaux</i>	41
3.3 <i>Discussion</i>	42
3.3.1 Caractéristiques de la population	42
3.3.2 Le regard des femmes sur l'APD.....	43
3.3.3 Les séances de PNP.....	46
3.3.4 Le vécu de l'accouchement	47
3.3.5 La place de la sage-femme	50
3.4 <i>Propositions</i>	54
Conclusion.....	57
Bibliographie	59
Annexes.....	62

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes interrogées	42
---	----

Liste des annexes

Annexe I : Sujets à aborder lors de l'entretien semi-dirigé	63
---	----

« La douleur obstétricale que le corps médical traite maintenant comme une maladie, est considérée comme exclusivement physique. Seule la douleur physiologique liée à l'intensité des contractions est prise en compte. [...] Pourtant, le corps et le psychisme sont difficilement dissociables, tout particulièrement à l'heure de devenir mère. »

BERNARD MR (1)

Introduction

Le rapport à la douleur connaît aujourd'hui un renversement dans les sociétés occidentales. Nous sommes ainsi entrés dans une ère antidoloriste où l'homme recherche à tout prix à soulager sa douleur au plus vite par des produits antalgiques qui sont banalisés. La douleur est désormais vue comme une maladie qu'il faut traiter. L'accouchement a longtemps été indissociable de la douleur, à tel point que fut une époque pendant laquelle le terme « *douleur* » qualifiait les contractions. La douleur a longtemps été influencée par la culture judéo-chrétienne. Le christianisme la définit à la fois comme un châtiment de Dieu, et comme un mode de rachat des fautes : « *Tu enfanteras dans la douleur* » (Genèse, 3, 16). Toute tentative de soulagement représentait dans cette logique un grave péché. Mais au cours du XX^{ème} siècle, l'église ayant moins d'influence au sein de la société, cette vision a eu tendance à diminuer (2).

En France, le recours à l'analgésie péridurale (APD) comme méthode de prise en charge de la douleur s'est généralisée en une trentaine d'années. En effet son taux est passé de 3,9% des accouchements en 1981 (3) à près de 78% en 2010 (5). La France aurait un des taux d'APD le plus élevé au monde en comparaison avec le Canada où en 2009, le taux était de 57% (6), de 45% au Royaume-Uni en 2010 (7) et de 57% aux États-Unis (8).

Le recours à une APD ne devrait refléter que le souhait des femmes, qui constitue à lui seul une indication suffisante. Or, en 2013, une étude française basée sur un échantillon de femmes, à partir des données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, a permis de révéler que la méthode antalgique utilisée au cours de l'accouchement n'est pas toujours le reflet de leur souhait. Parmi celles qui ne voulaient pas d'APD, 54% ont accouché sous péridurale (9). À travers cette étude récente, nous pouvons observer une discordance entre souhait et réalisation de l'APD. Lors de nos recherches, nous n'avons trouvé que très peu d'études s'intéressant au vécu des femmes. C'est pourquoi il nous est apparu important d'étudier cette dimension par une approche différente qui est celle du vécu des femmes.

Nous avons pu observer sur les terrains de stage que ce n'est pas tant la dimension de la douleur qui est mise en avant, mais des objectifs personnels, des peurs, ou tout simplement le respect d'une culture. Nous nous sommes donc tournés vers les femmes qui avaient pour souhait d'accoucher sans APD, pour étudier leurs motivations, les raisons du changement lors de l'accouchement, de leur projet initial, et enfin leur vécu face à cette situation. Pour cela, nous allons dans un premier temps nous intéresser à la douleur de l'accouchement, son origine, les différents moyens pour y pallier, ainsi que son impact sur le vécu de l'accouchement. Après nous être intéressés à la douleur, nous présenterons dans une seconde partie les résultats d'une étude qualitative que nous discuterons dans une dernière partie. Enfin nous tenterons de proposer des solutions pour aider les sages-femmes à mieux accompagner les femmes lors de leur projet.

Première partie

Cadre conceptuel

1.1 La douleur de l'accouchement

1.1.1 Physiopathologie de la douleur

1.1.1.1 Définition et composantes de la douleur

Tout être humain a déjà fait l'expérience de la douleur, nous avons donc tous une idée de ce qu'elle est, mais il est encore difficile aujourd'hui de décrire cette douleur et d'en donner une définition, car elle est tout d'abord une expérience personnelle qui n'engage que le sujet dans sa totalité, c'est-à-dire l'être humain avec son expérience, son éducation, ainsi que sa culture.

La douleur est définie comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion* » (10). A travers cette définition, nous pouvons voir le caractère pluridimensionnel de la douleur.

La douleur présente plusieurs composantes : une composante sensorio-discriminative qui correspond à ce que ressent le sujet en matière d'intensité, au niveau de la localisation, de la qualité et de la durée de la douleur. La composante affectivo-émotionnelle, elle, correspond à ce que ressent le sujet ainsi qu'au retentissement de la douleur sur l'humeur et l'affectivité (angoisse, anxiété et dépression), tandis que la composante cognitive correspond aux mécanismes mentaux qui influencent la perception de la douleur et des comportements qu'elle induit. L'expérience, la culture ainsi que l'éducation vont avoir un rôle dans cette composante. Enfin la composante comportementale correspond à l'ensemble des manifestations verbales ou non verbales, qui peuvent être observées chez un sujet douloureux. Elle est étroitement liée aux autres composantes. Elle permet aussi d'assurer une communication avec l'entourage (10).

Il existe différents types de douleurs, et parmi elles, les douleurs aiguës caractérisées par une survenue récente (inférieure à trois mois) par intermittence.

Ayant un rôle de protection de l'organisme, elles sont un signal d'alarme lancé par une partie du corps, sur un laps de temps relativement court. Elles finissent par céder rapidement dès le début du traitement de la cause. Les douleurs chroniques se définissent par une durée supérieure à trois mois. Présentes parfois au quotidien, elles peuvent être invalidantes et avoir des conséquences somatiques comme la perte d'appétit, les troubles du sommeil, pouvant aller jusqu'à altérer les relations sociales. La douleur idiopathique correspond à une maladie ou un syndrome connu et décrit mais dont la cause reste mystérieuse. Enfin, il existe des douleurs psychogènes sans aucune lésion retrouvée. L'origine du message nociceptif est le cerveau lui-même qui « invente » l'information. Ce type de douleur peut se retrouver, entre autres, associé à des pathologies psychiatriques (11).

1.1.1.2 Spécificité de la douleur de l'accouchement

Melzack dans son échelle d'intensité de la douleur situe l'accouchement certes au-dessous de la douleur d'une amputation digitale mais en moyenne bien au-dessus de celle d'une fracture (12). La localisation de la douleur va varier en fonction du stade de travail. Au cours de la première phase, c'est la dilatation du col et la distension du segment inférieur pendant les contractions qui génèrent les sensations douloureuses. Cette douleur irradie dans les dermatomes thoraciques T11 et T12, puis s'étend progressivement aux territoires sous-jacents T10 et L1. A dilatation complète s'ajoutent les douleurs permanentes dues à la distension des structures du petit bassin par la présentation. Enfin, lors de l'expulsion, l'acmé douloureuse est provoquée par la distension de la filière génitale et du périnée, *via* les racines sacrées myélinisées, donc moins sensibles aux agents anesthésiques. La prise en charge analgésique doit s'adapter à l'évolution quantitative et qualitative des stimuli douloureux pendant le travail et l'accouchement (12).

1.1.1.3. La réponse au stress de l'accouchement

Parmi les hormones impliquées lors de l'accouchement, l'ocytocine induit les contractions utérines. L'augmentation graduelle de la douleur permet aux endorphines (une « morphine » naturelle de la famille des opiacés) d'atteindre un niveau inégalé, maintenant la douleur à un niveau supportable. Les endorphines rendent aussi l'esprit confus, de la même façon que lors des relations sexuelles. La

troisième hormone sécrétée en grande quantité lors de l'accouchement est l'adrénaline dont la sécrétion est déclenchée par un stress (15). Cette sécrétion va être contrôlée par le tronc cérébral et ses centres végétatifs. En cas de stress accru, psychique ou physique, elle augmente. Cette augmentation peut être un des principaux facteurs perturbateurs lors du travail. En effet, en grande quantité cette hormone ralentit ou peut même arrêter la production d'ocytocine et d'endorphines et ainsi allonger la durée du travail et le rendre plus douloureux (16).

1.1.2 La douleur : mythe ou réalité ?

« La douleur ressentie n'est jamais un simple flux sensoriel, mais une perception qui concerne chaque sujet dans son rapport au monde, à son environnement, à sa culture. Jamais purement physiologique, profondément subjective, elle relève d'une symbolique et se trouve marquée par l'appartenance culturelle. » (17)

La douleur est à la fois une expérience intime et un phénomène social. En effet, elle est une sensation ressentie par l'être dans son corps propre, mais cet individu va ressentir le besoin d'interpréter ce qu'il lui arrive. Cette interprétation va dépendre de son histoire personnelle, de son environnement culturel et social. Ainsi un sens va être attribué à la douleur, différent sens selon les époques et les régions du monde (11). D'après Marilène Vuille, sociologue, ceci est d'autant plus valable pour l'accouchement où les femmes devant le même phénomène vont réagir de façon différente avec des comportements codifiés. Dans certaines sociétés, elles sont tenues de se montrer impassibles et sont l'objet de réprobation si elles manifestent ou se plaignent, tandis que d'autres sociétés autorisent et certaines encouragent même les manifestations bruyantes scandant la progression du travail. Les douleurs sont aussi liées aux croyances, également très diversifiées, même au sein d'une même société (18).

Parmi les courants d'interprétation de la douleur, certains considèrent que l'accouchement étant tout à fait naturel et physiologique, ne peut en aucun cas être un phénomène douloureux (18). Selon Hippocrate, le rôle de la douleur est de protéger l'organisme de ce qui pourrait nuire à l'être humain et ainsi assurer sa survie

(19). Donc la douleur n'a pas lieu d'être lors de l'accouchement. D'ailleurs c'est un sujet retrouvé dans les revues d'obstétrique depuis fort longtemps :

« L'accouchement est un acte naturel, et non pas une anomalie, un accident de la nature. Qu'il puisse faire souffrir, et parfois atrocement, choque notre entendement logique et tous les enseignements qu'a pu apporter l'observation du monde qui nous entoure. La douleur est toujours signe de déroulement anormal des phénomènes physiologiques : il n'est pas rationnel qu'un acte naturel soit douloureux. » 1956 (20).

L'accouchement serait un phénomène indolore et la douleur ne trouverait son origine que dans les facteurs culturels et environnementaux et serait ainsi un processus produit par l'esprit. M. Vuille qualifie ce courant *« d'hédoniste ou anti-doloriste »*.

Deux pensées dérivent de ce courant. La première, dans laquelle les professionnels ont fini par adhérer au fait que la douleur soit ancrée dans le corps et non dans le psychisme et qu'elle puisse être majorée par la crainte, l'angoisse (18). C'est une position beaucoup plus fréquente de nos jours, qui part du constat de la douleur de l'accouchement pour en donner des explications physiologiques. La deuxième vision et qui est retrouvée dans notre société de façon majoritaire, est celle qui considère la douleur de l'accouchement comme une douleur inutile qui doit être éradiquée par les progrès du fait qu'elle n'ait aucun bénéfice sur le déroulement du travail, aucun rôle dans le processus de l'accouchement. Dans ce cas, le recours aux moyens antalgiques est souhaitable, sinon nécessaire (21). La douleur, signal d'alerte permettrait juste dans un premier temps de prévenir la femme du début du travail de parturition et ainsi de se mettre en sécurité pour accoucher dans de bonnes conditions et permettre sa survie et celle de l'enfant.

Un second grand courant défend que la douleur est utile, non pas au déroulement de l'accouchement en lui-même, mais sur un plan moral ou psychique. Un des arguments avancé est qu'elle agit dans le sens d'un renforcement du lien affectif entre la mère et son enfant (21). Tout d'abord elle permettrait à la femme d'acquérir un nouveau statut, celui de mère. C'est donc le passage d'un état de grossesse où le corps de la femme et l'enfant ne font qu'un à celui de la naissance où la mère et l'enfant sont deux êtres distincts. Pour Hélène Deutsch, le message contenu dans la douleur serait *« cet enfant qui était et est encore Moi va devenir un*

Autre » (22). Lors de l'accouchement, la femme se détache de son inconscient, va renoncer à l'enfant qu'elle était, à la fusion qui était source de plaisir pendant la grossesse, à l'état gratifiant de la grossesse, et à l'enfant imaginaire pour accueillir l'enfant réel (23). Cette douleur permettrait donc de faire le deuil de tous ces renoncements. Selon Marie-Hélène de Valors, il semblerait que l'accouchement puisse avoir une valeur pédagogique.

« En luttant contre la force des contractions, on lutte contre la douleur des deuils inconscients et nécessaires à faire pour devenir mère, d'où la sensation de force extraordinaire après un accouchement réussi, c'est à dire quand la mère est contente de la façon dont tout s'est déroulé. » (22).

La confrontation au processus de l'enfantement, paraît nécessaire pour passer du statut de femme au statut de mère et le rôle de la douleur dans le renforcement du lien mère-enfant est un argument ancien. Cette théorie est aujourd'hui avancée par des arguments scientifiques ; en effet d'après Michel Odent, l'APD inhiberait la production d'ocytocine qui serait responsable de l'attachement de la mère pour son enfant (21).

1.2 Les recours pour pallier à la douleur de l'accouchement

1.2.1 L'APD

1.2.1.1 Généralités

L'APD est aujourd'hui la méthode la plus efficace pour le contrôle des douleurs lors de l'accouchement. Grâce à cette technique, les contractions ne sont plus ressenties que comme de simples pressions au niveau de l'abdomen. Contrairement à certains analgésiques très puissants tels que les opiacés, l'APD ne provoque pas de somnolence. Le but ultime de toute APD obstétricale est d'obtenir un bloc différentiel c'est à dire un bloc qui élimine la douleur mais qui préserve la proprioception, épargne la motricité (n'interférant pas avec la mécanique obstétricale) et évite le bloc sympathique responsable d'hypotension artérielle maternelle (12).

Parmi les différents modes d'administration, il y a les bolus intermittents (dont la première injection est réalisée par le médecin anesthésiste-réanimateur), et la perfusion continue ou analgésie péridurale contrôlée par la patiente (*Patient*

Controlled Epidural Analgesia : PCEA) (26). Une étude récente de Sia et Chong démontre que le mode PCEA assure une qualité d'analgésie équivalente au mode d'administration continue avec une satisfaction maternelle accrue, des doses d'anesthésiques et un bloc moteur significativement inférieurs (27).

1.2.1.2 La représentation de l'APD

L'arrivée de l'APD en France s'est accompagnée de différentes représentations. Dans la littérature sont retrouvées principalement deux visions. La première à s'être développée provient des revendications féministes qui voyaient cette nouvelle technique comme révolutionnaire puisque les femmes pouvaient supprimer cette douleur sans altérer en rien l'expérience de la naissance. Ce mouvement a connu son point d'orgue lorsque le remboursement de la péridurale a été accordé par la sécurité sociale dans les années quatre-vingt (31).

S'oppose à cela la seconde vision qui émane d'un autre mouvement féministe, insistant sur le droit de la femme à disposer de son corps comme elle le souhaite, en opposition avec l'interventionnisme des médecins et l'emprise croissante des techniques qui les dépassent. Il est donc ici question de revendiquer leur autonomie dans la prise de décision en ce qui les concerne, quelle que soit la situation médicale. De cette position ont découlé plusieurs autres courants comme celui qui prônait le respect des processus physiologiques, basé sur une vision optimiste de la nature et mettant en avant divers inconvénients relatifs à la médicalisation (31).

1.2.2. Les méthodes non médicamenteuses

D'autres méthodes se sont alors développées pour apprendre à la femme à gérer ses contractions. Une analyse de 11 essais contrôlés randomisés comparant les méthodes de relaxation aux soins standards a mis en évidence l'efficacité du yoga, avec une baisse de l'intensité de la douleur ainsi qu'une augmentation de la satisfaction maternelle. Les mêmes résultats sont retrouvés pour la relaxation, avec une diminution du taux d'extractions instrumentales (24).

Il est nécessaire pour les professionnels de connaître ces différentes méthodes afin d'aider la femme lors d'un pré-travail ou d'un travail sans APD. Ces

connaissances vont être ensuite apportées à la femme qui va être la principale actrice de son accouchement. Ces différentes méthodes vont se porter sur la respiration avec le contrôle de la douleur par le souffle, la déviation de l'attention de la femme, des postures adéquates, et la relaxation.

En ce qui concerne la respiration, il s'agit de la contrôler par une respiration lente, régulière et calme, pour mettre en place une détente via le cerveau car la maîtrise de la respiration va permettre le contrôle mental. Cela va se traduire par une économie d'énergie pour la mère, un accroissement de la quantité d'oxygène, et la maîtrise de la douleur par le détournement de l'attention. Cette discipline est utilisée en yoga, appelé Pranayama, dont le but est d'équilibrer le mental, d'emmagasiner l'énergie qui pénétrera à l'intérieur du corps par l'inspiration et qui va se transmettre à tout le corps maternel et à l'enfant (25).

La déviation de l'attention est un principe physiologique qui va avoir un rôle important dans la maîtrise de la douleur par la sécrétion d'endorphine. En fonction du message que la douleur renvoie, cette dernière va être plus ou moins intense. Si la contraction est vue comme quelque chose de négatif, la femme aura alors une douleur beaucoup plus importante. Le but va être de dévier l'attention. Ceci va se traduire en pratique par la pensée positive, la relaxation mentale, musculaire, ou prendre un bain (25).

Lors de la présence de contractions douloureuses, la patiente peut en fonction des différents stades du travail, adopter des positions qui vont en permettre la progression ainsi qu'un soulagement de la douleur. Elle va se mobiliser en continu pour trouver des positions antalgiques et adaptées au travail.

L'acupuncture, la musique, la réflexologie, l'hypnose, les massages, l'aromathérapie, les plantes médicinales ou l'homéopathie, sont des thérapies complémentaires utilisées mettant en rapport le corps et l'esprit. Elles peuvent être accessibles aux femmes lors des séances de PNP. Ces techniques peuvent avoir un effet apaisant, aider les femmes à gérer leur douleur, servir de distraction de la douleur et de la tension et ceci par des mécanismes intrinsèques.

1.2.3 Les méthodes intrinsèques

1.2.3.1 La théorie des endorphines

Les endorphines sont des morphines endogènes, des opiacés produits à l'intérieur du corps et elles sont désignées comme les hormones du plaisir et du bien-être. Elles neutralisent les fortes douleurs, même physiques, réduisent les angoisses et apportent un sentiment de libération, de bien-être, d'euphorie, et appellent à souhaiter renouveler l'expérience (15). C'est ce qui va permettre d'expliquer une possible forme de tolérance à la douleur des contractions.

La libération d'endorphine va être possible par l'augmentation des contractions et ceci de manière constante et croissante. Ainsi, selon Schmid, « *les niveaux croissants d'endorphines durant l'accouchement font que la douleur, bien que plus intense, est de mieux en mieux tolérée jusqu'à se transformer en quelque chose d'autre ...* » (21). Ceci est possible par un pic de stress momentané lors des contractions, qui permet de sécréter des catécholamines, provoquant la production d'ocytocine et d'endorphines. En effet, les endorphines sont produites par le corps en présence de douleur et agissent comme antalgie naturelle. Elles favorisent un changement de conscience, une sorte de transe ou d'hypnose spontanée. Cet état entrave la rationalité du néocortex et permet ainsi « *d'accéder à l'expérience existentielle totale qui provoque une ouverture complète de soi* » (15). A l'instant de la naissance, le corps de la parturiente est envahi par des quantités importantes d'endorphines et, de ce fait, par le sentiment d'une immense satisfaction due à sa propre puissance, d'une extase et d'une euphorie. C'est avec de tels sentiments que la femme devenant mère rencontre son enfant. La qualité de ce lien est déterminée par les endorphines. Tocher évoque que pour un certain nombre de femmes, les endorphines vont altérer, de manière positive, la mémoire de l'expérience de la naissance ou même induire un effet amnésique, amenant à oublier la douleur qu'elles ont pu vivre (21).

1.2.3.2 La théorie du portillon

Il existe des mécanismes nerveux qui modulent la transmission et la perception de la douleur. La théorie du portillon ou de la porte médullaire sélective de Melzak et Wall a pour but d'inhiber la transmission des influx de la douleur et de ceux du toucher pour réduire la perception de la douleur. Dans la corne dorsale, il existe

un portillon de la douleur où se trouvent les neurofibres amyélinisées de la douleur et les grosses fibres myélinisées du toucher (Aβ) conduisant les influx nerveux jusqu'à la moelle épinière. Dans le cas où les influx empruntant les fibres de la douleur sont plus importants en nombre que les influx qui sont acheminés par les fibres du toucher, le portillon est alors ouvert, laissant passer les influx douloureux qui seront perçus. À l'inverse, si le nombre de fibres du toucher utilisées est supérieur au nombre de fibres de la douleur, le portillon sera fermé par les interneurones, situés dans la moelle épinière, libérant de l'enképhaline. Ces interneurones font synapses avec les fibres descendantes analgésiques contrôlées par des régions du cerveau dans lesquelles sont sécrétés des opiacés naturels, tels que les endorphines libérées lors du travail. Les influx douloureux ne seront plus sentis car non transmis. La stimulation directe par le toucher ou le massage par exemple entraîne un soulagement durable de la douleur (16).

1.2.3.3 Mise en pratique de la théorie du portillon par la méthode de Bonapace

La méthode de Bonapace est basée sur la neurophysiologie de la douleur et a pour principe son contrôle naturel. C'est une méthode de préparation à la naissance fondée par Julie Bonapace, une canadienne spécialiste en douleur, maître en éducation, médiatrice familiale, travailleuse sociale et psychothérapeute. Elle a mis en place cette méthode en 1989 au Canada où elle dispensait elle-même les cours aux parents. Une des grandes caractéristiques de son programme est la réduction de la douleur lors du travail et de l'accouchement.

La préparation des parents par la méthode Bonapace est caractérisée par trois approches qui valorisent aussi le père dans son milieu familial en lui permettant de jouer un rôle actif et essentiel dans la gestion de la douleur de sa partenaire :

- ✧ la préparation du corps de la femme en apprenant par une série de mouvements à renforcer et relâcher différentes parties du corps qui sont sollicitées lors de l'accouchement,
- ✧ la compréhension des étapes de l'accouchement pour que les parents se préparent mentalement,

- ✧ la gestion de la douleur par des mécanismes endogènes tels que le contrôle de la pensée via la respiration, l'auto-hypnose, la relaxation et l'imagerie mentale. La gestion de la douleur par des stimulations non douloureuses (massages) de la zone douloureuse va permettre de bloquer une partie des messages nociceptifs. Le contrôle inhibiteur diffus nociceptif consiste à créer une seconde douleur afin de provoquer une augmentation de la sécrétion d'endorphine par le cerveau pour que celui-ci puisse inhiber la première douleur dans le but d'analyser la seconde.

Un protocole de recherche comparant la méthode Bonapace aux formations traditionnelles démontre une réduction de près de 50% de l'intensité et de l'aspect désagréable de la douleur, durant toutes les phases du travail et de l'accouchement (26).

1.2.4. L'accompagnement : un recours à la douleur

1.2.4.1 L'accouchement sans douleur

Le début de la prise en charge de la douleur en France, n'apparaîtra qu'en 1953 avec la méthode de l'accouchement sans douleur, promue par un neurologue obstétricien français, Fernand Lamaze. C'est lors d'un voyage en URSS qu'il découvrit ce concept qui va bouleverser ses conceptions d'obstétricien. Le principe de l'accouchement sans douleur qui est l'éducation physique et psychique de la femme avant l'accouchement, a été expérimenté en premier lieu par le Professeur Nicolaïev, dont le fondement théorique de la méthode se base sur les découvertes de Parlov.

Toute activité mentale provient de réflexes conditionnés qui sont acquis par l'éducation. Mais ces activités mentales peuvent être transformées par de nouveaux réflexes conditionnés. La douleur de l'accouchement est induite par un conditionnement négatif de la femme lié à la représentation de l'accouchement véhiculé par la société. A cette époque, les médecins partageaient du principe qu'« aucune loi naturelle ne peut justifier la souffrance de l'accouchement » (18) et qu'« il s'agit d'un phénomène naturel et indolore qui a été perverti » (18). Il s'agit donc de faire disparaître la douleur par un reconditionnement positif qui consiste en un

enseignement théorique (anatomo-physiologique et neurologique) ainsi qu'en un accompagnement psychique pendant l'accouchement, ce qui permettrait à la femme d'éliminer toutes les pensées négatives qu'elle avait sur l'accouchement.

Lamaze expérimente cette méthode en France, à la maternité des Bluets, en préparant les femmes par trois cours théoriques et six pratiques. Tout le personnel est formé pour être à l'écoute de la femme et la rassurer. Le père, qui était jusque-là exclu, occupe une place importante, il devient actif pendant la grossesse et sa présence devient indispensable en salle de naissance. Cette nouvelle technique va se propager en France, elle finira par être reconnue par les pouvoirs publics quelques années plus tard, permettant le remboursement de six cours par la sécurité sociale (27). Les femmes ne sont alors plus assujetties à la douleur mais deviennent actrices de leur accouchement. Le concept va évoluer, et dans les années 1970 vont apparaître d'autres méthodes de préparation à la naissance, tels que le yoga, la sophrologie, l'haptonomie (c'est aussi à ce moment-là qu'apparaît l'APD). Cette méthode de prise en charge de la douleur va s'orienter vers un accompagnement global de la femme ou du couple (28).

1.2.4.2 La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Selon la Haute Autorité de Santé, « *le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité structurée* » (29). La participation active de la femme ou du couple est favorisée dans ce cadre, « *elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple* » (29). C'est ce qui va permettre à la femme d'avoir les outils et les connaissances nécessaires pour faire face à l'accouchement ainsi qu'une autosatisfaction et un sentiment de réussite par son rôle actif.

Les objectifs de la PNP fixés par la Haute Autorité de Santé sont de préparer le couple à l'accouchement ainsi qu'à l'accueil de l'enfant par des enseignements théoriques adaptés, de repérer les éventuelles difficultés auxquelles peuvent être confrontés la femme ou le couple, accompagner, soutenir et favoriser une meilleure coordination des professionnels avec eux (29).

En France, la préparation à la naissance et à la parentalité est composée de huit séances de 45 minutes minimum, ces séances peuvent être individuelles ou en groupe mais il y a, obligatoirement à la disposition des couples, un entretien prénatal.

1.3 Le vécu de l'accouchement

La recherche clinique auprès de femmes enceintes révèle que la grossesse est le moment d'un état particulier du psychisme, d'un état de « *transparence* » où « *les fragments de l'inconscient* » viennent particulièrement facilement à la conscience. Ceci est dû à un déséquilibre psychique durant cette période au cours de laquelle la mère s'identifie à son bébé, mais projette aussi des parties d'elle-même enfant qui peuvent être conflictuelles ou négatives (30).

L'accouchement, lui-même, va être un bouleversement psychique pour la mère qui va devoir se séparer de son enfant. En effet, des positionnements inconscients vont engendrer chez elle, comme énoncé précédemment, un certain nombre de renoncements et elle va devoir connaître la surprise désagréable de la force des contractions, alors qu'elle était en « *attente* » du bonheur d'être mère (23).

Donner naissance peut être considéré comme un événement majeur et parfois extrêmement stressant dans la vie d'une femme. Plusieurs études indiquent que l'accouchement peut être une expérience traumatisante, pouvant même entraîner un état de stress post-traumatique. Cette expérience traumatique de la naissance toucherait un faible pourcentage de femmes, mais pourrait entraîner des séquelles psychologiques à long terme et avoir des retentissements néfastes sur la relation mère-enfant (31).

L'accouchement est le moment où resurgissent les angoisses de la grossesse et surtout la peur de mourir, d'avoir un enfant anormal et de ne pas être capable d'être une bonne mère (32). Il faut donc que la mère se prépare à l'accueil de l'enfant tant physiquement en ayant une attitude active, que psychiquement, ce qui va faciliter le travail. C'est lors de ce processus que les parents vont devoir faire le deuil de l'enfant imaginaire pour rencontrer l'enfant réel (33). Ceci montre l'importance de l'implication des femmes dans l'évolution du travail. Cet aspect est aussi important pour la mise en place du lien mère-enfant lorsque la femme est sous APD, car dans le cas contraire cela peut engendrer une culpabilisation de la mère n'ayant pas fait son possible ce qui peut par la suite avoir des conséquences sur la relation mère-enfant.

1.3.1. La sage-femme face à la douleur

1.3.1.1 Le rôle de la sage-femme : l'accompagnement

Lors d'un accouchement, la sage-femme est en première ligne afin d'assurer l'accompagnement de la patiente et du couple. Elle est donc confrontée à la douleur qu'elle doit savoir prendre en charge, que la patiente soit en pré-travail ou en travail, avec ou sans APD. Mais de nos jours, cette mission d'accompagnement est profondément modifiée par la médicalisation de l'accouchement ainsi que l'organisation des services (32). L'APD a pris une grande place dans l'accompagnement des parturientes (près de 78% en 2010) (5) et les femmes n'ayant plus mal, réclament moins la présence de la sage-femme. Pourtant elle ne permet pas de pallier au stress et aux inquiétudes. La présence de la sage-femme se révèle indispensable afin d'assurer un bon vécu de l'accouchement et de favoriser le lien mère-enfant. Mais celles-ci sont noyées dans les actes techniques qui amputent à certains moments la prise en charge de la dimension psychique de l'accouchement (32). De plus, elles sont plus souvent prises par des obligations médico-légales d'ordre administratif, qui s'ajoutent au manque de personnel dans les maternités (32). L'APD devient donc un véritable avantage pour l'organisation du service mais il faudrait trouver un équilibre entre une prise en charge optimale de la patiente afin d'assurer son accompagnement et les conditions de travail de la sage-femme.

1.3.1.2. Quelle prise en charge des femmes en salle de naissance ?

L'accompagnement dans le domaine de l'obstétrique consiste à conduire la femme jusqu'à l'accouchement et mener à bien celui-ci (31). Il n'y a pas de modèle d'accompagnement, la sage-femme va devoir s'adapter à chaque femme selon son seuil de douleur, sa capacité à maîtriser la situation, sa personnalité, ainsi qu'à d'autres critères qui l'orientent vers une prise en charge plutôt qu'une autre (32). L'important pour la femme est qu'elle ne soit pas seule durant ce moment afin qu'elle bénéficie d'un soutien moral, d'une écoute et d'un environnement de confiance permettant d'assurer le bon déroulement du travail et de ne pas majorer la douleur. Une méta-analyse Américaine (1999) compare la prise en charge de deux groupes de parturientes, l'une bénéficiant d'un accompagnement et l'autre sans accompagnement. L'étude montre une différence significative dans le groupe avec soutien continu ; la durée de travail était significativement plus courte et le recours à

une analgésie moindre ainsi qu'une diminution du recours à l'ocytocine et aux instruments et enfin une diminution des césariennes (33). Nous pouvons donc souligner l'importance de l'accompagnement de la parturiente sur le déroulement du travail.

Pour cela, la sage-femme doit savoir mettre la patiente en confiance dès son arrivée à la maternité, source de stress fréquent. Ensuite, il est important pour la patiente de sentir la disponibilité et la présence de la sage-femme afin qu'elle puisse compter sur elle dans toutes les situations. La sage-femme doit veiller à ne pas être intrusive ou trop imposante pour la femme ou le couple,

« la mère qui enfante spontanément de façon harmonieuse est dans une bulle psychosomatique dont elle seule doit pouvoir faire le choix d'en sortir ou non que ce soit pour demander de l'aide (à l'accoucheur, au père) ou simplement pour un échange » (34).

L'accompagnement de la sage-femme sera plus important dans le cas d'un accouchement sans analgésie. Elle aidera la femme à « gérer » la douleur selon différents moyens (respiration, positionnement, encouragement). Cet accompagnement consiste donc à guider et non à imposer, *« la naissance n'a pas besoin d'être contrôlée mais accompagnée et accomplie. Accoucher une femme étant l'aider à accoucher de son enfant, on mesure toute l'humilité de la fonction » (35).* La sage-femme et la parturiente doivent pouvoir compter l'une sur l'autre, ayant en commun un accouchement à mener à bien. *« Être un accoucheur, c'est juste permettre au projet d'un autre d'aboutir. » (35)*

Deuxième partie

L'étude et ses résultats

2.1 Problématique et hypothèses

Le recours à l'APD est en augmentation constante depuis son apparition, malgré cela, il existe un pourcentage de femmes qui s'estime capable de ne pas y avoir recours tout en accouchant dans de bonnes conditions. Ces femmes sont minoritaires, d'où l'incompréhension de la part de certaines structures et de certains professionnels auxquels elles doivent faire face le jour de l'accouchement. Certaines d'entre elles finissent par recourir à l'APD (54%) (9). Nous nous sommes alors interrogés sur la manière dont elles ont vécu leur accouchement.

Les quelques études qui ont été faites à ce sujet révèlent qu'il existe des discordances entre souhait et réalisation de l'APD. L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux sur la prise en charge en salle de naissance des femmes qui ont accouché sous APD malgré leur choix initial. Pour leur proposer une prise en en charge optimale, les professionnels ont besoin de pistes que nous allons essayer de mettre en évidence par cette étude.

Pour tenter de répondre à cette problématique, les trois hypothèses suivantes ont été posées :

1. Les femmes voulant accoucher sans APD sont des femmes ayant déjà eu l'expérience de la maternité et de l'accouchement, ce qui va donc influencer leur choix.
2. Les femmes voulant accoucher sans APD, sont des femmes voulant accoucher selon leur culture et ont donc pris des cours de préparation à la naissance.
3. En cas de recours à l'APD pour raisons médicales les femmes, contrairement aux autres, ne vivent pas leur accouchement comme un échec.

2.2 Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative par entretien. Le sujet portant sur le vécu et le ressenti, l'entretien semi-directif s'est présenté comme le meilleur moyen d'étude. Il laisse un champ libre de réponses aux femmes tout en introduisant des points de repère afin de diriger la femme.

Pour faire nos entretiens, nous nous sommes intéressées aux femmes en post-partum, afin de limiter le biais de mémorisation et ainsi avoir un maximum d'informations sur le déroulement des événements et leur ressenti. Il nous a donc semblé opportun d'aller interroger des femmes hospitalisées en suites de couches, mais la non réponse ou le refus des maternités sollicitées ont été un frein, une seule maternité ayant accepté. Nous nous sommes donc tournées vers une sage-femme libérale qui recevait des patientes en post-partum.

Le seul critère d'inclusion retenu était un accouchement sous APD, quelle qu'en soit la raison mais avec, initialement, un souhait contraire. Les critères d'exclusions sont les femmes ayant accouché sans APD et les femmes ayant accouché sous APD comme voulu initialement.

Les thèmes abordés lors de nos entretiens sont la représentation de l'accouchement et de l'APD, le déroulement et le vécu du travail et de l'accouchement, la cause du recours à l'APD et le ressenti après, la prise en charge par les différents intervenants professionnels, et enfin les manques éventuels.

Les entretiens qui se sont déroulés du mois d'octobre au mois de décembre 2013, ont été enregistrés après accord de la patiente et ont duré de 25 à 45 minutes. Ils ont été retranscrits intégralement. Afin d'obtenir les informations désirées, nous avons créé une trame d'entretien (Annexe I).

2.3 Résultats

2.3.1 Description de la population

Dix femmes ont été interrogées, âgées de 18 à 45 ans. Quatre sont originaires d'Afrique du nord, deux d'Afrique noire, une femme est originaire d'Haïti et une des Comores, enfin deux sont françaises. Nous retrouvons quatre primipares et six

multipares (cinq deuxièmes pare et une cinquième pare). Quatre femmes ont bénéficié de la totalité des séances de PNP, une n'a eu que la moitié des cours, et cinq n'en n'ont pas eu. Deux femmes ont accouché par césarienne pour stagnation de la dilatation, une femme a accouché par césarienne en urgence pour pré-éclampsie, les autres femmes ont accouché par voie basse.

Madame A, 28 ans deuxième pare, d'origine égyptienne, sans profession. Elle n'a jamais pris de cours de PNP. Elle s'est mise en travail spontané à terme, et a accouché par voie basse sous APD en début de travail par peur d'avoir mal, après un travail de 5h.

Madame B, 29 ans, deuxième pare, Haïtienne, vendeuse. Pour sa première grossesse, elle n'a pas pris de cours de PNP et a accouché sous analgésie péridurale malgré un souhait contraire. Quant à sa grossesse actuelle, elle a bénéficié de cours de PNP et a été déclenchée pour pathologie fœtale à terme. Elle a accouché par voie basse sous APD pour indication médicale.

Madame C, 26 ans, deuxième pare, sénégalaise, sans profession. Sa grossesse est de déroulement normal avec un fœtus estimé macrosome, elle a bénéficié de cours de PNP avec sa sage-femme libérale. Elle a été déclenchée pour dépassement de terme, puis césarisée pour stagnation cervicale.

Madame D, 24 ans, deuxième pare, d'origine marocaine. Elle est auxiliaire de puériculture. Elle n'a pas pris de cours de PNP car elle en avait bénéficié lors de la première grossesse. Elle est entrée en travail spontanément, et a accouché par voie basse sous analgésie péridurale, à cause d'une douleur jugée insupportable.

Madame E, 32 ans, primipare, d'origine marocaine, enseignante, a bénéficié des cours de PNP. Elle est entrée en travail spontanément, a eu recours à l'APD à six centimètres de dilatation cervicale après insistance des professionnels puis a accouché par césarienne pour stagnation de la présentation fœtale à dilatation complète.

Madame F, 34 ans, primipare, d'origine française, cadre. Elle a bénéficié de cours de PNP et de sophrologie. Elle s'est mise en travail spontanément, et a accouché par

voie basse sous analgésie péridurale, pour une contraction jugée insupportable, sur sa demande.

Madame G, 35 ans, primipare, d'origine française, médecin, début de grossesse de déroulement normal, elle a bénéficié de cours de sophrologie puis elle a été déclenché à 37 SA pour hypertension isolée. Elle a accouché par voie basse sous APD, à cause de douleurs de sciatiques durant le travail, à sa demande.

Madame H, 18 ans, primipare, d'origine comorienne, sans profession. Elle n'a pas pris de cours de PNP. Elle est entrée en travail spontanément, a eu recours à l'APD à sa demande et a accouché par voie basse.

Madame I, 24 ans deuxième pare, d'origine algérienne, étudiante en licence, première grossesse et accouchement difficile. Cette grossesse est de déroulement normal, elle n'a pas pu prendre des cours de PNP par manque de temps. Elle s'est mise en travail spontanément, et a accouché sous analgésie péridurale après cinq heures de travail. Le recours à l'APD se justifie par une panique en arrivant en salle de naissance.

Madame J, 45 ans, cinquième pare congolaise, aide-soignante, a accouché sans péridurale pour ses précédents accouchements, en France. Sa grossesse est marquée par une pré-éclampsie pour laquelle elle a été césarisé à 34 SA sous analgésie péridurale. Elle n'a jamais pris de cours de PNP.

2.3.2 Ressenti général

En général, nous débutons l'entretien par les premières questions concernant les représentations avant et pendant la grossesse, mais elles s'empressaient de raconter leur travail et l'accouchement, ce qui nous permettait de contextualiser l'entretien. Les femmes ont dans un premier temps eu du mal à s'ouvrir, mais au fur et à mesure de l'échange, elles se confiaient sans réticence. Ainsi une seule femme a accepté l'entretien malgré le fait de réveiller des souvenirs douloureux, « *ça me rend triste, d'ailleurs j'aime pas en parler...* ».

Toutes les femmes associent la notion de douleur avec l'idée de l'accouchement et de contraction, même si chez certaines il y a cette représentation que l'accouchement « *c'est quelque chose de facile* » (Mme B).

2.3.3 La représentation de l'accouchement (parité, culture, influence de l'entourage)

2.3.3.1 La représentation de l'accouchement avant la grossesse

Très peu de femmes parmi les primipares (4) se projettent au niveau de la grossesse et de l'accouchement. Deux femmes n'ont pas de réponse à ma question. L'accouchement est un terrain inconnu pour les deux autres, elles ne s'y intéressent que très peu, ou pas du tout : « *Au début je ne savais pas ce qu'était l'accouchement* » (Mme F).

La femme de 18 ans, primipare ne s'était jamais posé la question de l'accouchement car son choix d'accoucher sans APD était une évidence, « *ça ne m'intéressait pas du tout de savoir comment ça se passait un accouchement, je me suis jamais posé la question.* » Les neuf autres femmes avaient toutes une idée préconçue par une influence culturelle, de comment leur grossesse et leur accouchement allait se dérouler. Le rôle et l'importance de la famille est récurrent. La projection à la mère est retrouvée à plusieurs reprises :

« *Ma mère m'a parlé de ses accouchements, elle a eu quatre enfants qui sont passés comme une lettre à la poste, elle n'a jamais eu mal, jamais rien donc je me suis dit qu'avec un peu de chance, ça sera mon cas aussi* » (Mme F).

« *J'avais demandé à ma mère comment est-ce qu'elle avait accouché, elle me disait : moi j'ai accouché facilement, donc dans ma tête je me suis dit que j'allais accoucher facilement aussi, c'était logique je suis la fille de ma mère, mais tu parles...* » (Mme B).

« *Je me voyais accoucher normal, pour moi c'était faisable normal. Quand je vois ma mère elle a fait dix enfants, elle a accouché sans péridurale.* » (Mme C).

Ces femmes se donnent alors cette image comme une issue favorable de leur futur accouchement et pour se passer de toute analgésie, si leur mère l'a fait, c'est alors possible d'y arriver.

Pour ce qui est de la culture africaine, les femmes racontent spontanément les accouchements en Afrique ou en Haïti, où les femmes sont très impliquées dans les accouchements les unes des autres. Les deux femmes africaines que nous avons rencontrées, nous ont spontanément parlé de celles qu'elles avaient vu accoucher dans leur pays, à domicile la plupart du temps. L'une d'entre elles ne savait donc pas que l'accouchement pouvait être douloureux :

« A Haïti, j'avais déjà assisté à des accouchements, je voyais certaines femmes avoir mal mais pas comme cela, je pense qu'elles arrivaient à se contenir... Là où j'ai grandi je voyais les femmes accoucher, c'était quelque chose qui n'était pas forcément difficile » (Mme B)

« Ma mère a accouché au Sénégal, pour les premiers, elle a accouché au village, les autres à l'hôpital de Dakar, ça c'est très bien passé alors qu'il n'y avait pas de péridurale. » (Mme C).

Dans ces cultures les termes *« accouchement facile »*, *« accouchement normal »*, *« accouchement rapide »* sont récurrents dans les discours.

Chez les femmes d'origines d'Afrique du nord et d'Afrique noire, la famille et la culture sont très liées. En effet nous pouvons remarquer dans leurs discours, que les personnes leur apportant des informations sont en premier lieu la mère, puis les sœurs et enfin les cousines et les tantes : *« Ma sœur et ma mère ont eu des accouchements faciles, elles m'ont toujours donné une très belle image de l'accouchement »* (Mme E).

2.3.3.2 la représentation de l'accouchement pendant la grossesse

En ce qui concerne les représentations, les thèmes abordés sont l'entourage, en premier lieu, avec la présence d'une forte influence familiale puis la culture. En effet, les connaissances que ces femmes acquièrent autour de la maternité proviennent d'un patrimoine culturel surtout chez les femmes africaines. Elles font spontanément une comparaison entre leur pays d'origine et la France sur les

pratiques qui tournent autour de l'accouchement. Si ces femmes sont multipares, leurs expériences antérieures influencent aussi leur ressenti sur l'accouchement à venir. Pour la plupart, le fait d'avoir connu l'accouchement, les rassure et elles se sentent prêtes à l'affronter une nouvelle fois. Enfin les connaissances apportées par les recherches des femmes et les séances de PNP vont avoir une influence sur la représentation et le choix.

La présence et l'implication des membres de la famille durant la grossesse et l'accouchement sont retrouvées chez huit femmes. Les proches cités sont souvent les mères, les sœurs, les cousines ainsi que les tantes maternelles : « *Au pays, il y a des remèdes à ces douleurs, des plantes qui diminuent la douleur de la contraction, ma mère m'en avait envoyé justement* » (Mme C).

Le discours des femmes de leur entourage familial ayant vécu l'expérience de l'accouchement est positif auprès de six femmes : « *Mes proches m'ont dit que c'était comme une lettre à la poste* » (Mme H). Il existe aussi une présence active avec l'apport de conseils, qui vont influencer les femmes : « *Mes tantes et mes proches m'avaient toutes motivée pour accoucher sans péridurale.* » (Mme A).

Une femme a des avis mitigés sur le déroulement de l'accouchement par les récits des proches (Mme F). Une femme n'a pas eu les récits des accouchements de ses proches voulant « *la préserver* », ce qui lui donne une représentation péjorative (Mme I).

Parmi les proches chez qui ces huit femmes se sont renseignées, trois se sont informées auprès d'amies ayant souvent une expérience récente. Elles rapportent l'accouchement de leurs amies les exposants comme modèles ou au contraire comme accouchement « *à éviter* » :

« *Du côté de mes amies, c'était plutôt mitigé. Il y a le témoignage d'une amie qui a accouché par césarienne en catastrophe après un travail très long, une longue attente en position gynéco, l'enfant s'était engagé mais avec une tête défléchie. C'était l'accouchement que je ne voulais absolument pas avoir pour le prochain, elle a eu mal, elle était fatiguée, elle voulait allaiter, elle n'a pas réussi. Elle sort vraiment triste de cet accouchement* » (Mme F).

« Ma sœur a accouché facilement et rapidement, l'image que je garde de ma sœur et que dès le lendemain de son accouchement, elle s'est levée, s'occupait de sa fille comme si elle n'avait pas accouché la veille » (Mme E).

Deux femmes parmi les dix ont un avis mitigé sur le déroulement de l'accouchement en rapport avec leur expérience professionnelle dans le milieu médical :

« En tant qu'auxiliaire, je sais ce qu'est un accouchement, j'osais pas me projeter sur mon accouchement pendant ma grossesse. Je sais qu'il y a plusieurs cas, ça peut être très facile, comme pas du tout » (Mme D, auxiliaire de puériculture)

« C'est mon premier enfant, j'avais une grosse appréhension. Je suis médecin, j'ai donc vu et fais des accouchements pendant mes études en 2004 et 2005, je voyais la souffrance chez ces femmes lors des accouchements » (Mme G).

La culture est d'autant plus présente lors de l'accouchement, celle-ci est plus marquée dans certaines cultures que d'autres. Par exemple chez les femmes africaines, la grossesse et l'accouchement sont des moments importants dans la vie d'une femme puisqu'ils marquent le passage au statut de femme. Une femme de culture africaine rapporte une notion de douleur. C'est une douleur qu'il faut dans tous les cas savoir surpasser *« comme tout le monde »* *« Je voyais l'accouchement comme une chose douloureuse, que ça durait longtemps et que les contractions étaient douloureuses »* (Mme C, sénégalaise). Le discours des trois autres femmes est en contradiction avec cela puisqu'elles rapportent des récits de certains accouchements de leurs proches en Afrique, et à aucun moment il n'y a cette notion de difficulté ou de travail long ou encore de douleur insupportable : *« Je me voyais accoucher normalement, pour moi c'était faisable, normal »* (Mme C). Cette femme a donc été surprise par la douleur lors du travail de son premier accouchement *« mais on m'avait pas dit que ça faisait mal comme ça. »*, Mme J, congolaise continue :

« En Afrique, il y a pas de péridurale, si la femme est enceinte, elle marche, le bébé descend, elle marche, jusqu'au moment où elle perd les eaux, après elle va en salle d'accouchement, si le bébé n'est pas loin, elle pousse et elle sort le bébé. Voilà comment ça se passe chez nous. Et quand tu as une contraction, tu peux t'appuyer sur un mur pour laisser passer la contraction, ensuite tu continue de marcher pendant tout le travail ».

« L'accouchement était pour moi quelque chose de facile pour moi de très facile même et quelque chose de naturel en même temps car là où j'ai grandi je voyais les femmes accoucher, c'était pas quelque chose de forcément difficile » (Mme B, haïtienne). Les autres femmes n'ont pas mis en avant cet aspect culturel, mais vont s'attacher aux représentations acquises auprès de proches ou par le milieu professionnel.

Les femmes multipares (6), vont spontanément parler de leurs précédentes grossesses. Cinq ont accouché une première fois sous APD. Cette expérience antérieure leur donne un meilleur vécu actuel, une plus grande confiance et moins d'appréhension, même si les accouchements ne se sont pas passés comme prévu.

Trois multipares parmi les six étaient persuadées d'avoir un accouchement plus rapide et moins laborieux que lors du premier accouchement, ainsi Mme D :

« Pour le second, j'ai eu le décollement des membranes, c'est un deuxième et on sait que c'est plus facile, donc j'ai décidé de marcher lorsque les contractions ont commencé car je ne voulais pas rester des heures en salle de naissance ».

Mme J, cinquième pare était rassurée par ces précédents accouchements rapides *« je n'avais pas peur de l'accouchement car pour les premiers j'ai accouché très vite et sans péridurale ».*

Une femme parmi les quatre ayant eu recours à l'APD pour une raison médicale, appréhendait son accouchement : *« C'était l'inconnu même si c'était mon deuxième, c'était différent cette fois-ci puisque j'allais être déclenchée »* (Mme B).

Parmi les six multipares, deux appréhendaient leur accouchement du fait d'une grossesse et d'un accouchement difficile mais cette appréhension n'est apparue qu'en début de travail :

« Je me suis dit que normalement ça devait mieux se passer que le premier accouchement parce que ma deuxième grossesse c'était très bien passé et était complètement différente de l'autre...jusqu'au jour J ou j'ai eu un gros coup de panique » (Mme I).

Deux femmes, parmi les dix, se sont renseignées sur la grossesse et l'accouchement, au début de leur grossesse :

« Au début je ne savais pas ce qu'était l'accouchement, j'ai donc fais des recherches, puis j'ai découvert beaucoup de choses...j'ai lu beaucoup de bouquins, j'ai fais les cours de préparation à la maternité où j'ai accouché, j'ai aussi fais de la

sophro avec une sage-femme, puis en discutant avec plusieurs sages-femmes... » (Mme F).

Les femmes ont assisté à la journée d'information, animé par un anesthésiste qui donnait des informations sur l'APD (les bénéfices, les risques, la technique) et une sage-femme qui leur expliquait le déroulement de l'accouchement et la manière dont elles allaient être prise en charge. Certaines ont ainsi pu être rassurées sur certains *a priori*, ce qui a permis « *de dissiper les malentendus et les a priori des gens, cela m'a un peu rassurée* » (Mme E).

2.3.4 La représentation de la péridurale et les motivations ?

Quatre des six femmes d'origine étrangère ont mis en avant dans leur discours le caractère « *dangereux* » de l'APD. Elles la considèrent comme « *le truc à éviter* » parce que « *ça te bouzille le dos* ». Chez deux patientes d'origine maghrébine, cette notion de dangerosité leur provient de leur proche entourage telles que la mère ou les tantes maternelles, qui pour la plupart du temps ont accouché plusieurs fois et ont fait l'expérience d'accoucher avec et sans APD : « *Ma belle mère a accouché quatre fois, trois fois sans péridurale et le dernier avec, d'après elle c'est l'accouchement qui c'est le moins bien passé* » (Mme E).

« *Mes tantes me disaient à propos de la péridurale que ça fait des effets secondaires, ça fait des douleurs au dos qui restent après... ce qu'elles me disaient aussi, nous avons toutes fait sans, pourquoi est-ce que tu n'y arriverais pas, on en est pas morte, on a fait cinq enfants comme ça.* » (Mme A)

Il y a dans le discours de ces femmes la description d'effets graves sur la santé tels que « *j'ai entendu l'histoire d'une femme qui avait accouché par péri et qui s'en était mal sortie puisqu'elle est devenue paralysée* » (Mme E) « *ça fait des effets secondaires* » (Mme A).

Deux femmes parmi les femmes d'origine africaine, présentent l'APD comme étrangère à leur culture et qui ne doit donc pas s'immiscer au sein de leur pratique. Le terme « *accouchement naturel* » est utilisé en contradiction avec « *accouchement sous péridurale* », une femme qui accouche « *normalement* » ou « *naturellement* » est une femme qui accouche sans péridurale. Chez Mme C, sénégalaise, l'accouchement est vécu comme un « *malheur* » : « *Moi j'aime pas cette histoire de*

péridurale alors que je l'ai eu pour mes deux enfants...j'ai grandi avec cette idée que les femmes accouchaient normalement sans péridurale ».

Nous pouvons noter dans leurs discours le caractère nocif de l'APD avec les mêmes idées vues précédemment :

« Je n'aime pas ça, ça fait mal au dos, j'ai encore mal au dos suite à la première péridurale, je ne peux pas rester debout longtemps surtout quand je fais la vaisselle. La douleur se trouve là où l'on m'a piquée, c'est pas autre chose, c'est la péridurale. » (Mme C).

Les deux femmes de notre échantillon qui ont acquis des connaissances par l'intermédiaire de professionnels ou de documentations, ont une vision moins catégorique sur l'APD tout en ayant des connaissances des risques potentiels. Ce qui leur permet d'avoir un esprit plus ouvert sur le sujet.

Nous pouvons aussi constater le changement de représentation au fil du temps de certaines femmes :

« Je me suis toujours dit que je prendrais la péridurale, je ne voyais pas pourquoi je souffrirais. Mais je me suis aperçue que la péridurale ne nous permettait pas de bouger donc pas terrible et que donc ça ne facilitait pas forcément le travail...c'est en me renseignant que je me suis rendu compte que le péridurale ça n'est pas la panacée, et que si on pouvait s'en passer, ça serait mieux, enfin ça c'est ce que je pense maintenant » (Mme F).

Nous constatons aussi le frein que l'APD peut être à la mobilité des femmes. L'une d'elle est *« persuadée que la péridurale ralentit nettement le travail, et que s'il y a autant de césarienne c'est aussi pour cela, donc s'il y a moins de péridurale, il y aurait moins de césarienne »*. L'analgésie péridurale limite l'autonomie des femmes leur donnant l'impression de *« subir »* le travail et non de le faciliter en se mobilisant *« pour le bon positionnement de l'enfant »*.

En plus de cela, les motivations relevées auprès de trois femmes, il y a le souhait d'*« éprouver la sensation...pour sentir ce que c'est »*. Nous retrouvons ce désir d'implication qui est présent chez les femmes ayant pour projet d'accoucher

sans APD, ainsi de pas rester passive lors de l'accouchement, *« Je me suis dit, j'aimerais bien ressentir toutes les étapes du travail et de l'accouchement car avec la péridurale, tu ne sens pas vraiment ce qui se passe »*. Cette « sensation » que les femmes décrivent ne peut être expliquée, *« C'était important pour moi de sentir... mettre des mots dessus c'est compliqué, c'est étrange »*.

2.3.5 La grossesse : suivi et PNP

Les motivations sont liées en grande partie avec la prise ou non de cours de PNP. En effet, la moitié (5) en a bénéficié. Parmi elles, trois ont introduit la notion de nécessité des cours afin de mener à bien leur projet

« Je pense qu'il faut être préparée pour cela, préparée techniquement, nous dire comment est-ce que cela va se passer... si j'avais su j'aurais travaillé cela autrement pour la première grossesse ». Mais c'est aussi pour cette même femme une préparation morale :

« La sage-femme a bien expliqué tous les cas de figures envisageables de l'accouchement et comment faire pour gérer les contractions quand on ne veut pas de péridurale, si j'avais eu ça pour ma première, je pense que j'aurais accouché normalement ».

Il y a pour ces femmes comme un espoir en ces cours de PNP pour leur projet. En effet les professionnels, leur exposent différents cas de figures parmi lesquels, l'accouchement sans APD ainsi que des moyens pour y arriver, qui sont des clefs essentielles pour donner une issue favorable à leur projet :

« Je pense que c'est important de se préparer, même si on veut accoucher avec péridurale, car cela va nous aider aussi à faire notre choix, tout en étant préparée. C'est indispensable pour un premier enfant, il ne faut pas faire comme moi et se lancer dans l'inconnu, dans l'ignorance » (Mme B)

Les principaux apports retenus des cours de PNP par quatre femmes sont la gestion de la douleur :

« On a justement vu des techniques pour soulager la douleur... Je me suis quand même préparée pour accoucher sans péridurale, les différentes positions, la technique de la respiration pour pouvoir gérer les contractions, j'ai eu quatre cours. Avec ça j'étais prête pour accoucher. » (Mme C).

Deux d'entre elles, ont pris des cours de sophrologie : *« pour se détendre déjà et essayer de réduire la douleur »* (Mme F)

« Je savais qu'il y avait une notion de douleur d'où le choix des cours de préparation... J'ai eu trois cours de sophro, on m'a montré la respiration, rechercher un moment de détente entre deux contractions et la méthode de respiration pour faire passer la contraction » (Mme G).

Une femme parmi les cinq, dit être *« déçue »* des cours de PNP, car ils ne lui ont *« rien appris sur la technique de respiration »* parce qu'ils allaient *« voir cela le jour J avec la sage-femme »*. Elle découvre alors une technique complètement opposée à ce que ses proches lui ont enseigné : *« elle m'a obligée de mettre en pratique une technique de respiration qui ne me convenait pas du tout, parce que quand j'en parlais à ma mère, elles m'ont dit c'est pas logique de pousser en bloquant, alors que je n'y arrivais pas de cette façon »* (Mme E).

Quatre femmes ont appris les différentes positions facilitant le déroulement du travail : *« il y a des choses que j'ai appris dans les cours, que je connaissais pas avant, je ne savais pas qu'il y avait autant de positions possibles à faire pendant le travail et l'accouchement »* (Mme C).

Une femme n'a pas eu le temps de voir les positions n'ayant bénéficié que de la moitié des séances. Elle regrette de ne pas avoir pris les cours plus tôt, pour avoir les outils nécessaires et accoucher selon son souhait :

« Malheureusement, je n'ai pas pu faire toutes les séances, j'ai accouché, j'ai à peine eu le temps de voir les techniques de poussée, j'ai pas pu du tout mettre cela à profit...c'est dommage, je n'ai pas eu la totalité des cours si c'était le cas j'aurais peut-être moins souffert. » (Mme G).

Deux femmes ne voyaient pas l'intérêt des cours de PNP et n'en ont donc pas pris. Une femme n'a pas pris de cours par manque de temps. Les deux dernières en avaient bénéficié lors de leur grossesse précédente, elles ont jugé inutile de revoir des notions déjà connues.

2.3.6 Le ressenti en début de travail

Quatre femmes ont bénéficié de l'APD sur une indication médicale dont trois ont été déclenchées et une césarisée pour sauvetage maternel. Les six autres sont entrées en travail spontanément.

Deux femmes déclenchées disent ne pas avoir eu de contractions douloureuses après la pose d'ocytocine, leur projet d'accouchement sans APD, est toujours présent pour l'une d'elle alors que l'autre a été prévenue de la pose de l'analgésie, dès son entrée en salle de travail, « *pour la sécurité de son enfant* ». La troisième décrit des contractions douloureuses : « *Lors des premières contractions, j'étais toujours dans l'objectif de gérer mes contractions, mais malheureusement, plus ça allait, plus elles étaient fortes* » (Mme G). Nous pouvons souligner au fil de son discours, l'évolution de la douleur des contractions : « *je me retenais de hurler, je grimaçais, je n'en pouvais plus* ». Mais malgré cela, elle s'accroche à son projet avec une douleur qui continue à prendre le dessus : « *à ce moment-là je souffrais, je l'avoue, mais je ne l'ai pas dit pour qu'il ne vienne pas tout de suite* ».

Deux femmes déclenchées disent être inquiètes, l'une à l'idée d'être déclenchée sous APD, Mme B : « *Cette histoire de déclenchement est quelque chose qui n'est pas naturel, mais j'avais quand même confiance à la médecine, mais pour moi c'était quand même l'inconnu* ». L'autre est inquiète de voir les événements prendre une tournure autre que ce qu'elle imaginait : « *je ne m'attendais pas du tout à accoucher un mois à l'avance et surtout comme cela* » Mais une fois hospitalisée, elle est rassurée « *j'étais plutôt zen, on aurait pas dit que j'étais là pour accoucher* » (Mme G). La dernière femme déclenchée, l'avait déjà été pour une grossesse précédente et part plutôt confiante pour cet accouchement avec toutes les préparations dont elle a bénéficié.

Parmi les six femmes, qui sont entrées en travail spontanément, une dit être « *traumatisée* » une fois les premières contractions ressenties. Elles ont toutes attendu d'avoir des contractions douloureuses avant de se rendre à la maternité.

Deux primipares se sont rapidement mises en route, avec un sentiment de peur et de soulagement : « *Je savais que c'était le moment, j'avais peur mais en même temps soulagée que ce moment soit arrivée.* » (Mme E).

Les contractions s'intensifiant, nous pouvons remarquer à travers leur discours leur volonté de ne pas se laisser submerger en adoptant différentes techniques pour diminuer la douleur. A aucun moment, elles n'ont fait part de leur algie au personnel malgré les contractions qui « *devenaient de plus en plus fortes* »

« *J'arrivais à gérer les contractions, ça devenait de plus en plus fort, je continuais à gérer, j'avoue, j'ai un peu mis de côté les techniques de sophro au bout d'un moment, j'ai essayé mais c'était pas évident. En arrivant à l'hôpital, on m'a demandé si je voulais la péridurale, j'ai dit non, ça allait pour l'instant.* » (Mme F).

Ces deux femmes réussissent à trouver des techniques de soulagement :

« *A partir de là, j'essayais de trouver des positions dans lesquelles je pouvais être le mieux durant la contraction. Ça n'était pas toujours douloureux, à certains moment ça allait et d'autres non, mais c'était gérable avec la respiration et les positions.* » (Mme E).

Trois deuxième pare, ont attendu « un maximum » à leur domicile avant de se rendre à l'hôpital. Deux femmes ressentent de la peur par rapport à leur premier accouchement dont elles gardent un mauvais souvenir :

« *J'avais tellement peur qu'au début du travail je me disais, c'est pas les vrais, c'est les fausses contractions, malgré qu'elles s'intensifiaient et se rapprochaient, peut-être parce que j'appréhendais, je ne voulais pas y aller, je voulais attendre encore mais mon mari m'a quand même emmené* » (Mme I).

Le travail chez ces deux femmes déclenchent le resurgissement des événements des accouchements antérieurs provoquant la peur et la panique, Mme A : « *A la maison, ma poche des eaux s'est rompue, j'étais très stressée à l'idée d'accoucher, je savais que j'allais avoir de grosses contractions très douloureuses* ».

Les femmes relèvent aussi l'étonnement de l'équipe médicale lors de leur arrivée à la maternité :

« *Quand elles me demandaient si ça allait, je leur disais que oui, c'est vrai qu'elles étaient étonnées que je ne me plaigne pas, que je ne crie pas, moi je trouvais ça normal, c'est elles qui me donnaient l'impression que j'étais pas normale.* » (Mme E)

2.3.7 Le recours à l'analgésie péridurale

La cause du recours à l'APD est multiple au sein de notre échantillon.

Trois femmes y ont eu recours sur leur demande, pour des douleurs jugées insupportables. Elles ont qualifié la douleur comme « *insupportable* » ou « *traumatisante* ». C'est une douleur qui les a prises par surprise. Elles s'attendaient à ce que la douleur augmente progressivement mais les contractions ont tout de suite été très intenses. Deux se plaignent de la douleur des contractions du travail, Mme D : « *Mon premier la douleur augmentait progressivement, alors que là c'était d'un coup...c'était horrible, enfin de compte c'est différent selon les grossesses* » et la troisième dit avoir des douleurs de sciatiques plus intenses que celles des contractions :

« *Je pense que la douleur de la sciatique était encore plus douloureuse car j'avais la contraction qui faisait écho derrière la sciatique, j'avais donc une douleur qui était sans fin. Je me suis dit plusieurs heures comme ça, je ne vais pas tenir* » (Mme E). Une d'entre elles a pris la décision d'avoir recours à l'APD sur « *une contraction qui était insupportable* ».

Deux femmes ont demandé l'APD, très vite après leur arrivée en salle de travail. Elles sont « *paniquées* » en se remémorant leur premier accouchement : « *Je savais que j'allais avoir de grosses contractions très douloureuses c'est là où j'ai pensé à la péridurale* » (Mme A)

« *J'étais plutôt confiante jusqu'au jour J où j'ai eu un gros coup de panique, quand je me suis retrouvée dans la salle d'accouchement, je me suis souvenue de mon premier accouchement pour lequel j'ai eu une épisiotomie et des forceps, j'ai eu peur de tout ressentir* » (Mme I)

Et elle explique son recours à l'APD :

« *Les contractions montaient en puissance, je commençais vraiment à avoir mal, pas comme pour la première mais j'avais peur que cela dure longtemps s'attarde, que je sois fatiguée et qu'à la fin il soit trop tard pour prendre la péridurale* »

Quatre femmes ont bénéficié de l'APD, malgré elles, lors du déclenchement ou pour la césarienne pour sauvetage maternel. Cette dernière, ayant su évaluer la gravité de la situation ne s'est en aucun cas opposée à l'équipe.

En ce qui concerne le déclenchement, il s'agissait de déclenchements médicaux et non pas de convenance :

« Pour ma deuxième grossesse les choses étaient complètement différentes, c'était automatiquement une péridurale car on m'a déclenché mon accouchement car mon bébé avait un problème au niveau du foie, j'étais donc obligée de prendre la péridurale » (Mme B)

Elle ne s'est pas opposée à l'avis médical pour « la sécurité » de son enfant. Mme C, elle, n'a pas tout de suite accepté l'avis des professionnels puisqu'elle ne comprenait pas l'intérêt de l'APD alors qu'elle ne ressentait aucune douleur. Elle s'est donc dans un premier temps opposée à la décision de l'équipe qui l'a « forcée à prendre la péridurale » :

« Deux heures après mon arrivée, j'ai eu la péridurale sans que personne ne me demande quoique ce soit. J'ai vu l'anesthésiste avec son chariot j'ai rien compris... Je voulais pas, j'ai dit à la dame qu'elle ne me touche pas, ils ont commencé à me parler gentiment, me consoler, j'ai fini par accepter mais je voulais pas. Pendant la pose de la péridurale, je bougeais, pour qu'elle n'y arrive pas »

La quatrième femme, a laissé la sage-femme, qui la voit « souffrir » appeler l'anesthésiste, elle dit ne pas s'y être opposée même si la demande ne venait pas d'elle :

« la sage-femme m'a dit : « Je n'en pouvais plus, je me retenais de hurler, je grimaçais, la sage-femme me voyant comme ça m'a dit : « C'est pas possible, pourquoi tu souffres comme ça, en plus l'anesthésiste est toute seule aujourd'hui entre la mater et le bloc central donc c'est maintenant, sinon tu ne seras pas soulagée avant cinq ou six heure... Attends, il y a l'anesthésiste qui passe»

La dixième donne son autorisation pour la pose de l'APD, après avoir écouté les conseils de la sage-femme, alors que la douleur était encore supportable. Mme E : *« Franchement, je l'ai prise malgré moi, car c'est elles qui m'ont fait peur, en me disant, c'est votre premier bébé, que c'était plus prudent de la prendre. »*. Elle soulève l'insistance de l'équipe médicale :

« Quand on vous reçoit à la maternité c'est la première question que l'on vous pose, on me posait la question de la péridurale systématiquement, à chaque contrôle, péridurale, péridurale. Puis je me posais des questions : Est-ce que je fais le bon choix ? Est-ce que je devrais la prendre, ça a remis mon choix en question. »

Elle finira par y avoir recours à six centimètres de dilatation cervicale *« je me suis dit allons y pour la péridurale, j'étais mitigée car je me suis dit, j'ai l'avis de*

professionnels, on est vraiment pas maître de ce qui peut se passer parce qu'on est pas devin... j'ai donc pensé au pire » (Mme D)

2.3.8 Le vécu post péridurale

Les femmes qui ont choisi de prendre l'APD à cause d'une douleur jugée trop importante ou par peur de l'accouchement, ne regrettent pas leur choix. Elles expliquent cela par le soulagement immédiat ressenti, ainsi que par la fatigue préexistante. L'une d'elles d'ailleurs, qualifie l'APD comme « *un miracle de la science* » :

« C'était enfin la fin, je pouvais souffler...je n'ai pas eu de remords... La prise en charge a été rapide, j'étais contente d'avoir ma péridurale, j'étais calme, allongée, puis j'attendais, j'étais juste pressée de voir mon bébé » (Mme I).

Les femmes sont d'autant plus satisfaites par la pose de l'APD dans les cas où elles avaient en plus la possibilité de se mouvoir sur la table d'accouchement et de ressentir les contractions, ce qui leur donne le sentiment de rester maîtresse de son accouchement : « *n'empêche elle m'avait faite une bonne péridurale qui était super légère, j'ai donc continué à bouger mes jambes, je n'avais plus mal* » (Mme F).

Nous retrouvons chez ces femmes, pour qui l'accouchement sans APD était un choix mûrement réfléchi, une petite déception liée à l'échec : « *Je me suis dit bon tant pis j'ai raté, j'ai pas réussi, j'ai eu peur aussi parce que c'est à ce moment-là que le travail s'est ralenti et là je me suis dit mince, ça commençait bien, puis j'ai tout fait raté.* » (Mme F)

Les femmes qui cherchent à tester leur limite et rechercher des sensations, sont satisfaites de leur recours lorsque leur objectif est atteint, c'est-à-dire être allée au bout de leur capacité : « *Après je ne regrette pas non plus, j'ai éprouvé mes contractions comme je voulais les éprouver. L'accouchement dans la vie d'une femme, c'est une étape importante donc de savoir à quoi ça ressemble c'est important aussi* » (Mme G).

Celles qui ont eu l'APD sur indication médicale (4) ont vécu leur travail en fonction de la cause médicale en question et selon la prise en charge de l'équipe.

Une femme a mal vécu son travail car les explications ne lui ont pas été données en amont :

« J'étais choquée quand je l'ai vu rentrer avec son chariot, je suis restée bouche-bée... mais ils ne m'ont même pas expliqué ça avant, seulement quand l'anesthésiste était là, je n'avais plus le choix » (Mme C).

Une femme se dit satisfaite de sa prise en charge mais regrette de ne pas avoir été plus rassurée sur la pathologie de son enfant, qui a fait tourner toute son attention dessus en oubliant son projet.

Deux autres femmes ont mieux vécu le recours à l'APD. L'une est satisfaite car elle ne supportait plus les contractions. L'autre femme a été césarisée, la question de l'APD ne se posait plus, seuls son état de santé et celui de son enfant avaient de l'importance. L'indication de l'APD est mieux acceptée dans ce cas par le pronostic maternel ou fœtal :

« C'était la sécurité de mon enfant qui primait, je ne pensais plus à moi, ni à mes projet d'accoucher sans péridurale » (Mme J).

Deux femmes, parmi les dix, ont exprimé des regrets, en rapport avec une pression psychologique exercée de la part de l'équipe médicale, tel que *« on ne prend pas de risque »*, *« il faut opter pour la sécurité »* ainsi que *« il ne faut pas prendre de risque pour un premier enfant »* incitant les femmes à avoir recours à l'APD, les faisant douter du choix de leur projet de naissance. Elles qualifient cela de *« frustrant »* car elles avaient la capacité d'aller plus loin mais l'occasion ne leur a pas été donnée. Elles sortent alors de cette expérience avec des interrogations : *« peut-être que j'aurais réussi sans »* ou encore *« jusqu'où j'aurais pu aller »*.

2.3.9 La prise en charge

Toutes les femmes sont satisfaites de leur prise en charge dans sa globalité, cinq femmes ont qualifié les sages-femmes comme étant *« douces »*, *« présentes »*, *« rassurantes »*, *« disponibles »*. Une femme souligne *« leur professionnalisme »*. Les sages-femmes ont été tout de suite ouvertes au projet de la patiente et l'ont accompagnée durant le travail jusqu'au bout, sans apporter un quelconque jugement. Mme F (recours à l'APD pour douleur insupportable) :

« J'ai eu deux sages-femmes, elles ont été superbes, car elles ont tout de suite accepté mon projet qui était de ne pas prendre la péridurale. Elles n'étaient pas du tout insistantes, elles m'ont aidé à essayer plusieurs positions, elles étaient vraiment très très bien »

Deux autres patientes ont relevé la nécessité de la présence de la sage-femme auprès d'elles lors du travail sans analgésie péridurale : Mme A (recours à l'APD par peur):

« Il est vrai que j'aurais voulu qu'elles soient auprès de moi tout le temps, surtout pendant les contractions, car lorsqu'elles étaient là, je me sentais bien, j'étais déjà un peu plus soulagée, je souhaitais leur présence plus que celle de mon mari quand j'avais mal, mais elles ne pouvaient pas, je comprends. »

Mme I (recours à l'APD pour panique en début de travail) : *« Elle trouvait les mots pour me détendre malgré la douleur, quand elle me parlait elle était douce, calme, posée, surtout moi j'avais peur de cela, elle m'a mise en confiance ».*

Les femmes multipares ont jugé en comparant spontanément leur accouchement à leur précédente prise en charge.

Mme E est satisfaite de sa prise en charge globale par la sage-femme mais lui reproche de lui avoir imposé une technique de poussée qui ne lui convenait pas :

« Elles m'ont obligé de mettre en pratique une technique de respiration qui ne me convenait pas du tout... donc quand je faisais ça n'était pas bon, mais je n'y arrivais pas sa technique et je voyais que ça l'agaçait. » et lui reproche d'avoir été *« trop rassurante »* jusqu'au moment où le passage en césarienne lui est annoncé par le médecin.

Deux femmes indiquent la présence d'étudiantes sage-femme, et une présence plus marquée de l'étudiante que de la sage-femme : *« Elle avait une stagiaire, donc des fois elle envoyait sa stagiaire, ça ne m'a pas du tout dérangé, je me suis dit deux avis valent mieux que qu'un. »* (Mme E)

Huit femmes s'étaient rendues lors de leur grossesse à la journée d'information. Toutes ressentent une pression de la part des anesthésistes les poussant à avoir recours à la péridurale le jour venu, et deux femmes ont indiqué que la péridurale *« est fortement recommandée »* par les médecins. Une patiente est allée à l'encontre de leur discours lors de la journée d'information, qu'elle qualifiait de *« propéridurale »* :

« C'est sûr qu'en allant à cette journée, tout le monde prendra la péridurale, l'anesthésiste avait un discours pro péri : la péridurale il n'y a que ça de vrai, il n'y a rien qui existe autour, il faut absolument la prendre tout de suite, si vous ne la prenez pas vous serez confrontée à des douleurs atroces, bref on a l'impression qu'on ne pourra pas y survivre sans, voilà le discours des anesthésiste » (Mme F).

Une femme souligne la discordance existant entre les discours des professionnels à propos de la péridurale :

« Lors de ma grossesse, j'avais dit que je voulais accoucher sans péridurale, elles m'ont conseillé de ne pas le dire tout de suite, de faire comme si je voulais la péridurale et que en gros j'avais jusqu'à sept centimètres de dilatation pour la demander et le jour où j'ai vu l'anesthésiste, elle m'a dit non non cinq centimètres maximum et encore parce que nous on ne va pas courir après vous. »

Deux femmes ont été rassurées par le discours des anesthésistes à propos des risques de l'APD ce qui a permis de calmer leur peur en ce qui concerne les « *douleurs dans le dos* ». Et deux ont été satisfaites de leur prise en charge par l'anesthésiste en salle de naissance, les qualifiant de « *pédagogue* » et « *disponible* ».

2.3.10 Manque et satisfaction

Les manques des femmes pour mener à bien leur projet, sont fonction de leur prise en charge mais aussi des conditions du déroulement du travail et de l'accouchement. Les regrets relevés chez deux sont le manque d'écoute de la part des professionnels, ainsi qu'un manque de communication et d'explication lors des situations d'urgences. Parmi notre panel, huit femmes se disent donc satisfaites de leur accouchement malgré le recours à l'APD, dont quatre disent « *n'avoir manqué de rien* », « *d'avoir été bien accueillie* », et les quatre autres disent plutôt être satisfaites mais expriment des regrets. Et enfin deux femmes sur les dix sont déçues de leur accouchement (Mme C, Mme E).

Parmi les femmes qui ont bénéficié de l'APD dans le cas d'une « *indication médicale* » (4), deux sont satisfaites de leur accouchement : « *Je suis très contente aujourd'hui, ma fille est en bonne santé, c'est tout ce qui m'importe* » (Mme J, césarienne en urgence), Mme C est très déçue de son accouchement : « *je le vis*

mal encore, ça me rend triste, d'ailleurs j'aime pas en parler. ». Cette femme est très mécontente de sa prise en charge et du manque d'écoute à son égard. La dernière ne ressentira de la déception qu'après l'accouchement à posteriori, car sur le moment, elle était très inquiète pour son enfant et « *laissa faire les professionnels* » même si elle ne voulait pas « *que ça se passe comme ça* ». Elle est persuadée qu'elle « *aurait pu y arriver* ».

Parmi les cinq femmes qui ont fini par avoir recours à l'APD sur leur demande, quatre sont satisfaites de leur accouchement, le personnel médical ayant répondu à leur demande. Une femme dit à ce propos « *Je pense que tout est dans la tête, si tu veux la prendre personne ne peut te faire changer d'avis, c'est toi qui subis la douleur, t'es la seule à savoir ce qui est le mieux pour toi* ». Ces femmes ont fait leur possible pour aller au bout de leur projet « *j'ai fais tout le début toute seule en allant jusque-là où je pouvais, j'ai essayé, bon j'ai pas réussi* », la cinquième est insatisfaite car le recours à l'APD est dû à une « *grosse pression de la part des sages-femmes* » alors qu'elle se sentait encore capable de tenir, mais l'inquiétude la gagnait par le discours des sages-femmes, remettant en cause sa décision.

Parmi les femmes qui souhaitaient accoucher sans analgésie pour ressentir les étapes du travail et l'accouchement (3), toutes disent être satisfaites malgré le recours à l'APD car elles ont quand même senti les contractions et le passage de leur enfant :

« *J'ai bien accouché j'ai poussé, je sentais ce que je faisais malgré la péridurale contrairement à la première où je ne sentais pratiquement rien, j'étais paralysée, là je sentais la descente de bébé lorsque je poussais* » (Mme B)

« *J'ai eu des doses légères qui m'ont permis de ressentir l'accouchement, j'ai pu le prendre, tout c'est super bien passé, c'est l'accouchement idéal* » (Mme F). Ces femmes disent avoir le sentiment d'avoir poussé leurs limites au maximum, elles sont alors satisfaites de leurs efforts :

« *Je sais que même en ayant pris la péridurale, aller jusque-là n'est pas facile, je suis plutôt fière de moi, après quinze heures de travail et une demi-heure d'efforts expulsifs* » (Mme H).

Le manque de personnel et le manque de présence de la sage-femme ou de l'anesthésiste à certains moments est souligné par trois patientes qui ne le reprochent pas aux professionnels : « *il ne me manquait de rien, même si la sage-femme n'était pas toujours présente mais cela est impossible pour elle, j'en suis consciente* » (Mme A),

« *Après c'est vrai que ce n'est pas moi qui ai demandé la péridurale mais c'était un contexte particulier, manque de personnel, l'anesthésiste était seule, c'était pas de sa faute, elle en est excusée* » (Mme G).

Les femmes décrivant un manque lors de leur accouchement sont les femmes qui ont eu recours à l'APD alors qu'elles pouvaient encore continuer le travail seules mais qui l'ont prise par « *précaution* » comme leur ont conseillé les professionnels. Parmi ces femmes (4), celles qui ont été déclenchées (deux sur trois) et celle qui a ressenti une pression de la part du corps médical. Elles décrivent seulement un regret de ne pas avoir continué le travail sans APD et ainsi voir si elles auraient pu ou non aller au bout et connaître leur limite : « *Je reconnais avoir eu un travail long, mais je ne sais pas jusqu'où j'aurais pu aller sans péridurale* » (Mme E, pression de l'équipe médicale).

Le manque de liberté de mouvement que ce soit avant ou après la pose de l'APD est relevé par deux patientes :

« *J'ai donc patienté en essayant diverses positions, quatre pattes, en plus j'ai eu de super sages-femmes qui m'ont aidée à gérer, mais il y avait le monitoring qui gênait un peu à la mobilisation, ils n'avaient pas trop l'habitude de ça à l'hôpital* » (Mme F, désir d'un accouchement naturel)

« *C'est forcément la position allongée puisqu'on a des prises de toute part, la tension, le rythme cardiaque du bébé... donc on a pas vraiment le choix que de rester allongée, on ne peut pas bouger, comme si on était attachée* » (Mme E, désir d'un accouchement naturel par peur des effets de l'APD).

Troisième partie

Analyse des résultats et discussion

3.1 Biais et forces

La méthode de l'entretien semi-directif étant un nouvel exercice, le peu d'expérience a pu être responsable d'un manque de neutralité de notre part lors des entretiens. Notre présence en tant qu'enquêtrice et étudiante sage-femme a pu être un biais puisque les femmes peuvent tenir compte de cette appartenance au milieu médical et ne pas laisser libre cours à leurs sentiments, et ce, d'autant plus lorsque nous avons abordés avec elles le sujet de la satisfaction et de leur prise en charge par le corps médical.

Nous voulions au départ interroger les femmes en suites de couches dans des maternités de différents types, afin de limiter les biais de mémorisation mais une seule maternité a répondu favorablement à notre demande et au vu du faible pourcentage que représentent les femmes que nous devons sélectionner, cette solution s'est révélée impossible. Nous nous sommes donc tournées vers une sage-femme libérale. Les femmes que nous avons interrogées venaient soit pour leur première séance de rééducation périnéale, soit pour la visite post natale. Il s'était donc écoulé entre six et huit semaines entre leur accouchement et l'entretien. Cela peut aussi être un biais à notre étude vis à vis du vécu des femmes.

Un autre biais s'ajoutant à notre étude est celui de la sélection. En effet, nous avons fait nos entretiens en libéral, or nous avons conscience que la population ayant bénéficié d'une visite post natale auprès d'une sage-femme en ville est différente de la population ayant eu sa consultation en maternité ou de celle des femmes qui n'ont pas eu de suivi en post partum, d'où le projet initial de se rendre dans les maternités en post partum immédiat.

C'est un sujet que nous trouvions cependant indispensable à aborder car très peu d'études ont été menées sur le vécu et la satisfaction de ces femmes. Nous avons volontairement choisi de ne pas cibler les femmes avec qui nous comptons nous entretenir, pour pouvoir avoir accès à un maximum de données selon leur

parité, leur origine, leur âge, leur catégorie socio-professionnelle, et le mode d'accouchement. Cela permettrait peut-être la mise en évidence de différences dans le vécu selon leur profil et ainsi mieux comprendre les motivations.

Nous avons choisi d'aborder ce sujet par des entretiens semi dirigés car c'était, pour nous, le meilleur moyen d'aborder le vécu et le ressenti. Nous cherchions de nouvelles notions ainsi que des réponses précises à nos questions, en fonction de leur personnalité et non de les limiter dans leur choix de réponse comme par un questionnaire.

3.2 Synthèses des résultats principaux

Les représentations retrouvées sont multiples selon la parité, l'impact familial et la culture. Les femmes se représentent l'accouchement comme étant un événement physiologique. Une notion de facilité est rapportée par l'entourage. Ce qui leur permet de se projeter dans les conditions d'un accouchement similaire aux récits rapportés et d'envisager ainsi un accouchement sans APD. D'où l'importance pour la majorité des femmes de se préparer à l'accouchement par des séances de PNP, afin de réunir les conditions nécessaires pour atteindre l'objectif souhaité. Ces séances se révèlent alors indispensables et vont contribuer au choix.

Les différentes causes de recours à l'APD sont la douleur, la peur en début de travail, une indication médicale ou encore une pression ressentie par les femmes, de la part des professionnels les poussant à y avoir recours à l'APD.

À l'exception de deux femmes, elles sont toutes satisfaites de leur prise en charge par le personnel médical ainsi que de leur accouchement.

Les dix femmes sont répertoriées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes interrogées

	Âge (ans)	Parité	Origine	Profession	PNP	Issue	Cause recours APD	Vécu	Satisfaction Prise en charge
Mme A	28	II	Égypte	SP	Non	VB	Peur	Bon	Bonne
Mme B	29	II	Haïti	Vendeuse	Oui	VB	IM*	Bon	Bonne
Mme C	26	II	Sénégal	SP	Oui	César	IM	Mauvais	Mauvaise
Mme D	24	II	Maroc	Auxiliaire	Non	VB	Douleur	Bon	Bonne
Mme E	32	I	Maroc	Enseignant	Oui	César	Pression prof	Mauvais	Bonne
Mme F	34	I	France	Cadre	Oui	VB	Douleur	Bon	Bonne
Mme G	35	I	France	Médecin	Oui	VB	IM douleur	Bon	Bonne
Mme H	18	I	Comores	SP	Non	VB	Douleur	Bon	Bonne
Mme I	24	II	Algérie	Étudiante	Non	VB	Panique	Bon	Bonne
Mme J	45	V	Congo	Aide soignante	Non	César	IM	Bon	Bonne

*Indication médicale et déclenchement

3.3 Discussion

3.3.1 Caractéristiques de la population

Parmi les femmes interrogées, les primipares qui sont en plus petit nombre (4) dans notre échantillon ont, à l'exception d'une, un niveau d'étude élevé ou une profession médicale ou paramédicale et correspondent aux femmes qui ont fait des recherches pendant leur grossesse ou ayant déjà des connaissances. Leur choix est donc lié à leur savoir acquis lors de la grossesse, et ces femmes ont bénéficié de séances de PNP et assisté à la journée d'information à propos de l'APD et de l'accouchement. Elles ont un sens plus critique sur les informations qui leur sont données par les professionnels. Parmi les primipares d'origine étrangère, leur choix est en liaison avec les attentes familiales ou culturelles, leurs démarches en vue de leur projet vont donc être différentes ainsi que leur attachement à celui-ci.

Pour les multipares, elles ont toutes bénéficié de l'APD pour leur premier accouchement, avec ou non le même projet sauf pour l'une d'entre elles, Mme J. Ce choix était évident, pour celle-ci, puisque ses quatre précédents accouchements se sont déroulés sans APD. La notion de facilité et de faisabilité est présente chez les

multipares. En effet, leur idée est que le premier accouchement est plus laborieux et plus long, elles se sentent alors plus aptes à accoucher sans APD. Deux femmes ayant eu comme antécédent un accouchement difficile, leur demande de recours à l'APD a été très rapide.

Une étude quantitative a été menée sur les discordances entre souhait et réalisation d'une APD en cours de travail, en 2010. Les caractéristiques relevées des femmes voulant accoucher sans APD mais qui ont eu recours à cette dernière sont des femmes jeunes et primipares. En effet, ce souhait durant la grossesse est significativement lié à l'absence d'antécédents obstétricaux pathologiques ou de pathologies maternelles gravidiques, une surveillance obstétricale régulière, et suivi de séance de PNP. La discordance entre le souhait et la réalisation de l'APD, chez ces femmes est très significativement liée à l'organisation des services, au déroulement du travail, à une situation de terme dépassé et de déclenchement par ocytocine, et à un accouchement par voie basse instrumentale (9). Dans cette étude, le recours à l'APD plus élevé chez les primipares, s'explique notamment par un travail plus long, c'est aussi ce que nous ont révélé les femmes multipares de notre étude concernant leur première grossesse.

Nous pouvons expliquer ce recours, pour les patientes multipares par l'obligation d'un déclenchement nécessitant la pose d'APD malgré leur projet ou par la peur liée à un précédent accouchement mal vécu. Ceci est confirmé par cette étude quantitative, avec comme critère en plus à l'origine de ce recours à l'APD, le fait d'avoir un seul accouchement antérieur, être seule, présenter un utérus cicatriciel et accoucher dans une maternité de plus de 1500 accouchements (9).

3.3.2 Le regard des femmes sur l'APD

Les représentations de l'APD vont être différentes selon la culture dont sont issues les patientes, leur classe sociale, l'influence familiale, mais aussi leur expérience d'un premier accouchement, et les connaissances théoriques qu'elles ont acquises pendant la grossesse. C'est principalement le caractère néfaste de l'APD qui est mis en avant par les femmes qui sont d'origine étrangère qui tiennent toutes ces propos de leur entourage (6 sur 8), mais qui n'est pas retrouvé chez les deux femmes caucasiennes. Les femmes d'Afrique du nord (2 sur 4) parlent de l'APD avec une certaine diabolisation de cette dernière. Elles soulignent la dangerosité de l'acte

qui touche la moelle épinière ainsi que l'effet des produits qui « *paralyser les jambes* » lors du travail. Avoir recours à l'APD lors d'un accouchement est alors considéré comme une grande prise de risque mettant leur santé en danger. Les peurs retrouvées peuvent aller de la simple lombalgie chronique à la peur d'une paralysie des membres inférieurs : accoucher sans APD est donc une obligation voir une question de survie pour certaines. Maëlle Brouillard, met aussi en évidence dans son mémoire de fin d'étude de sage-femme, que la motivation principale des femmes à vouloir accoucher sans APD (44,7%) est la peur du geste technique ainsi que de ses conséquences médicales (4).

Anne Salengro, anesthésiste, a confronté les données de la littérature à propos de l'implication de l'APD dans la survenue des douleurs lombaires chroniques. Elle admet l'existence de douleurs lombaires en post partum qui sont d'une part liées à la grossesse et que lors du recours à l'APD, il peut y avoir un traumatisme musculo-ligamentaire lors de l'insertion de l'aiguille de « *Tuohy* ». Mais d'après les études prospectives qu'elle cite, il n'existe pas de lien entre la survenue de lombalgie et l'APD, la douleur pouvant être liée, exceptionnellement, à un hématome de résorption très lente et peut donc être à l'origine d'une zone de tension (37).

Seulement une femme parmi les huit, qui ont avancé par des propos rapportés, l'APD comme responsable de lombalgies, se plaignait lors de l'entretien d'une douleur présente et gênante dans sa vie quotidienne. Les autres ont réfuté cette idée à posteriori, lorsqu'elles ont constaté l'absence de lombalgie après l'accouchement ou après que les professionnels leur aient expliqué l'impact de la grossesse sur le dos.

De plus, l'APD est perçue comme étrangère à l'accouchement et à la culture chez les africaines : « *Nous on ne connaît pas la péridurale* » qui sont réticentes même à l'idée de l'évoquer « *moi j'aime pas cette histoire de péridurale* » comme si le fait d'en parler représentait un mauvais présage à l'accouchement. Elle ne doit donc pas s'immiscer dans leur projet afin que l'accouchement respecte au mieux les coutumes et son déroulement standard. Ceci va permettre la preuve d'une force maternelle qui laissera présager le statut de bonne mère. Six femmes d'origine étrangères, sont encouragées par les femmes de leur entourage qui leur portent en

général des discours péjoratifs tout en idéalisant l'accouchement « *naturel* » c'est-à-dire sans APD.

Les femmes interrogées sont issues de différentes classes sociales. Les femmes de classe sociale élevée ou appartenant à une profession de la santé, ont plus de connaissances sur le déroulement de l'accouchement et sur l'APD. Leur choix de vouloir accoucher sans est en rapport avec les connaissances acquises et le désir d'un accouchement naturel. Une étude récente menée à partir des données de l'enquête nationale périnatale 2003, a mis en évidence que le choix de donner naissance sans APD est moins fréquent dans les classes sociales plus élevées. Parmi les femmes souhaitant accoucher sans, les femmes désirant un accouchement « *naturel* » représentaient un faible pourcentage, ce qui correspond à notre étude, six femmes indiquent en premier lieu le caractère dangereux de l'APD et seulement quatre désiraient un accouchement naturel donc sans APD.

Dans certains pays où l'APD est utilisée moins régulièrement qu'en France, il a également été observé que son utilisation est moins fréquente « *dans certains groupes, par exemple, en Israël, chez les femmes ayant un faible éducatif niveaux, et aux États-Unis, dans le noir, Hispanique, et les femmes asiatiques* » (38). L'accouchement sans APD serait donc plus fréquent chez les femmes issues de faibles classes sociales. Ceci pourrait s'expliquer par la peur de l'inconnu comme nous l'avions relevé chez un grand nombre de nos femmes, et une réticence à la pose du dispositif et à l'injection de produit (38). Les femmes réticentes seraient donc moins bien informées, et vont finalement plus vite céder sous l'effet des contractions que les femmes qui avaient des connaissances sur l'APD et le travail, dont la motivation première va être un accouchement naturel dont elles seront actrices.

Les femmes ayant acquis des connaissances au cours de leur grossesse, se sont rendu compte de l'importance de la mobilisation en cours de travail afin de contribuer à la progression du mobile fœtal dans la filière génitale. L'APD s'est donc révélée comme un frein au bon déroulement du travail et elle n'est plus perçue comme un simple moyen de soulagement. Selon une de nos femmes (Mme F), l'APD allongerait le temps de travail et serait responsable d'une augmentation du taux de césarienne. Elle dit « *avoir eu travail rapide et brillant jusqu'à sept centimètres* » puis après la pose de l'APD à sa demande pour une contraction jugée insupportable, « *le temps de travail s'est allongé* ». Il est vrai que des situations similaires sont

rencontrées en terrain de stage. Nous pouvons alors nous interroger sur l'effet de l'APD sur la durée de travail. Les données de la littérature depuis 1989 à propos de l'influence sur la durée et les modalités d'accouchement, montrent que la première partie du travail est prolongée et l'incidence des extractions instrumentales est augmentée mais sans effet néfastes chez les nouveau-nés. Par contre l'APD n'augmente pas l'incidence globale des césariennes. L'incidence du bloc moteur pelvien, qui pourrait être responsable de l'allongement de la seconde partie du travail a été réduit par l'administration de solutions d'anesthésiques locaux moins concentrées (39). Malgré ces études les patientes ainsi que le personnel médical mettent en évidence le déroulement rapide d'un travail sans APD et le ralentissement de celui-ci dès sa pose. Ceci peut être expliqué par l'absence de mobilisation de la parturiente ainsi que par la diminution du besoin de se mobiliser alors qu'en l'absence d'APD, la femme va adopter spontanément des positions antalgiques qui permettent l'adaptation du fœtus au bassin, expliquant certainement, la rapidité d'un accouchement sans APD.

3.3.3 Les séances de PNP

Les séances de PNP sont présentées par une partie des femmes (4) comme étant une nécessité au bon déroulement du travail afin d'avoir des connaissances pour pouvoir affronter les contractions et ne pas être surprise par le travail. Une étude Chinoise a d'ailleurs démontré la diminution de l'anxiété de la femme à l'approche de l'accouchement par la préparation à la naissance, ce qui lui permettrait d'augmenter « *ses capacité à faire face* » et de se sentir capable de surmonter une situation « *self-efficacy* » (40). Ceci leur permet ainsi de se préparer tant physiquement que psychologiquement en leur apportant le soutien et les outils afin de mener à bien le projet. Les femmes n'ayant pas eu de séances de PNP, ont très vite eu recours à l'APD car elles se sont très vite senties désarmées face aux contractions. Nous pouvons aussi souligner une plus grande motivation chez les femmes portant un intérêt aux séances de PNP. En effet ce projet étant un engagement important de leur part, elles vont alors mettre toutes les chances de leur côté pour arriver au bout de leur projet. Ceci est d'autant plus vrai chez les primipares qui ressentent le besoin de se renseigner par peur de l'inconnu. Certaines vont se renseigner auprès de leur entourage, d'autres par la culture (plantes médicinales) et les séances de PNP : d'ailleurs une primipare exprime le regret de ne

pas avoir eu toutes ses séances à cause d'un accouchement précoce, elle aurait donc voulu en bénéficier plus tôt dans la grossesse afin de mieux se préparer et s'entraîner. Les deuxièmes paires ayant été surprises par le premier accouchement considèrent les séances de PNP comme étant nécessaires. Un article paru dans la *Clinical Psychology Review* en 2009 mettait en avant que « l'objectif de la préparation à la naissance était d'aider les femmes à repérer leurs propres stratégies d'adaptation face à la douleur et de renforcer leur sentiment d'auto-efficacité. Cet article insistait également sur l'importance de l'incitation de la part du personnel soignant à utiliser ces stratégies d'adaptation » (41).

3.3.4 Le vécu de l'accouchement

Le vécu de l'accouchement va dépendre de la motivation première, de la cause du recours à l'APD, ainsi que de l'effet de cette dernière. Rappelons-le, parmi les femmes, les motivations étaient diverses. Nous retrouvons cinq femmes voulant accoucher sans APD, par peur de celle-ci dont quatre influencées par leur culture d'origine, deux pour avoir une liberté de mouvement durant le travail afin de participer activement à la progression du travail, et trois pour ressentir les contractions afin de vivre pleinement l'accouchement. C'est ce que nous pouvons le plus souvent rencontrer sur les terrains. De manière générale, nous pouvons noter après la pose d'APD, le passage des femmes d'un état actif par la recherche de moyens de soulagement, à l'état passif.

Les femmes qui avaient ce projet par peur des conséquences de l'APD, ont bien vécu leur accouchement car elles n'ont pas eu les effets néfastes redoutés. Certaines sont même contentes d'y avoir eu recours car au moment où la douleur des contractions est décrite comme insupportable, l'objectif était devenu d'être soulagées le plus rapidement possible, elles ne pensaient alors plus aux risques qu'elles pourraient rencontrer. C'est, selon elles, un soulagement de pouvoir continuer le travail et d'accoucher sans plus se soucier de la douleur. Celles, éclairées à l'avance sur les risques et les effets de l'APD, vont être plus en confiance le jour de l'accouchement et avoir plus facilement recours à l'APD.

Mais d'autres femmes n'entendent pas les informations des professionnels et restent persuadées de la dangerosité de l'APD que ce soit par une expérience ancienne, ou selon les propos rapportés. En général, ces femmes, se donnent tous

les moyens pour pouvoir accoucher comme elles le souhaitent (séance de PNP, autres préparations), et vont être sur la défensive avec les professionnels qui selon elles, veulent les persuader d'y avoir recours. La déception d'un accouchement sous APD va alors être plus importante, elles vont le vivre comme un échec car malgré la préparation, elles ne sont pas arrivées au bout de leur projet.

Lorsque la motivation est le respect d'une culture ou le simple souhait d'accoucher selon « une norme sociale » ou encore comme les proches (mère, sœur, tantes), la déception ou la satisfaction va dépendre des conditions de l'accouchement et de la cause au recours à l'APD. Ces femmes sont dans l'optique de « *faire leur preuve* » et d'accoucher comme les proches de leur pays ou leur entourage afin de se sentir égales aux autres femmes et de faire partie de la norme. Dans notre échantillon, la plupart se voit accoucher « *aussi bien* » que leurs proches. Nous pouvons donc noter l'influence de l'entourage et de la culture sur le choix de ces femmes. Floriane Stauffer arrive à la même conclusion dans son mémoire de fin d'étude de sage-femme (41), alors que Maëlle Brouillard, démontre des résultats contraires. En effet selon son étude, les femmes ne seraient pas influencées par leur entourage. Cette discordance pourrait être expliquée par son outil d'étude (questionnaire) qui ne laisse pas un champ libre de parole à la femme (4). Une femme se le donne comme défi « *nos mères ont réussi pourquoi pas nous* ».

Celles qui ont accouché sous APD selon une indication médicale, vont plus ou moins l'accepter selon les pronostics mis en jeu. Lorsqu'il s'agit d'indication telle que la césarienne pour sauvetage maternel ou fœtal, la femme va alors être plus apte à accepter l'APD car la situation ne dépend que de l'équipe médicale et elle sent qu'il est indispensable de coopérer. Cette femme l'exprime comme une situation particulière où il n'est plus question de projet et de souhait mais d'une situation d'urgence avec comme objectif principal la survie de la mère et du fœtus.

Lorsque l'indication médicale est moins claire pour les patientes, elles ne voient alors pas l'intérêt de se plier à cette règle. Parmi celles qui ont été déclenchées, une aurait souhaité être prévenue en amont du recours à l'APD. Deux femmes, dont la précédente, expriment le regret de ne pas avoir pu ressentir les contractions et d'y avoir eu recours avant même la pose d'ocytocine. Ces femmes n'ont pas accepté de voir l'APD leur être imposée d'emblée mais auraient voulu attendre et la demander de leur propre gré. En effet, elles ne voient pas l'intérêt de

l'APD, lorsqu'elle est posée en l'absence de contraction. Pour justifier la pose, les professionnels ont annoncé la survenue brutale de contractions intenses, d'où la nécessité d'y recourir.

Les femmes ayant pour objectif de se mobiliser lors du travail se préparent lors de la grossesse, ce qui va leur permettre d'être plus impliquées et de participer activement à l'accouchement. Elles vont avoir un esprit plus critique et vont aussi être plus rassurées sur certains a priori. Mais dès leur arrivée à la maternité, elles se retrouvent très vite confrontées à des difficultés. Les contractions ayant déjà commencées, elles se retrouvent sous monitoring, allongées, perfusées. Ceci est très bien souligné par les femmes dans notre étude, elles disent être « *attachées* » et ont donc un champ très limité pour trouver des positions antalgiques. Elles réussissent à tenir malgré la douleur mais une fois allongé les contractions moins bien supportées, elles arrivent aux maximum de leur capacité. C'est le principal regret qu'elles expriment.

Cependant, une femme est satisfaite de son accouchement malgré le fait « *d'avoir craqué* ». En effet, lorsque l'APD donne encore la possibilité de se mouvoir sur la table d'accouchement et d'adopter diverses positions à la guise de la patiente, tout en sentant les contractions, cela permet de relativiser ce changement de programme et d'être satisfaite comme se le fût pour cette femme. Elles ajoutent, être satisfaites, de la perception des contractions et du passage de leur enfant dans la filière génital ce qui leur donne la possibilité de sentir toute la progression du travail, de savoir à quel moment pousser, et ainsi de rester actives.

En ce qui concerne la déambulation « *De tous les critères de jugement, l'indice de satisfaction maternelle est celui qui est retrouvé constamment meilleur chez les parturientes ayant déambulé : la femme se sent plus libre de ses mouvements* » (42). En posture verticale, il est rapporté une diminution de l'intensité de la douleur qui peut entraîner une réduction de la demande d'APD (43). Un article reprend quatre essais cliniques randomisés sur l'efficacité de la déambulation sous APD, et conclut à :

« l'absence d'effets indésirables de la déambulation sous APD chez la mère et le fœtus, et la grande satisfaction maternelle marquée par une grande liberté de mouvements, des mictions spontanées possibles, et de meilleures sensations au moment de l'expulsion » (42)

Il est donc possible de proposer aux femmes désirant avoir recours à l'APD, la déambulation sous analgésie tout en respectant les conditions de sécurité, cela permettrait alors une meilleure satisfaction maternelle.

Lorsque les femmes décident de ne pas avoir recours à l'APD, mais finissent par la réclamer pour une douleur jugée insupportable, l'accouchement est bien vécu, la demande venant de leur propre personne, ces femmes n'expriment aucun regret. Ceci est d'autant plus vrai, lorsque l'équipe médicale se montre présente et encourage les femmes dans le sens de leur projet. D'après elles, c'est le fait d'être arrivée à leur capacité maximale et d'avoir supporté la douleur jusqu'à ne plus en pouvoir qui les rend fière et certaines disent avoir été au-delà de ce qu'elles pensaient, ce qui développe alors en elles un sentiment de fierté. Cette satisfaction est aussi issue d'un bon accompagnement et de l'ouverture d'esprit des équipes médicales qui acceptent le projet des patientes en proposant des alternatives à l'APD. Une enquête de satisfaction auprès de patientes du CHU de Nantes, démontre que la majorité des femmes sont satisfaites de la qualité de la prise en charge de la douleur en salle de naissance (98%), malgré dans certains cas le recours à l'APD non souhaité au départ et le manque de moyens alternatifs (44). Tout comme dans notre étude, les femmes insatisfaites correspondent à une minorité de femmes.

Les femmes ayant été prises de panique sont satisfaites de leur accouchement mais expriment un regret d'avoir eu recours à l'APD aussi tôt car elles n'avaient pas de raison antalgique à ce moment-là d'y avoir recours mis à part l'appréhension ou encore le resurgissement d'une précédente expérience difficile. Nous pouvons noter que ces femmes n'ont pas pris de cours de PNP, ce qui aurait peut-être pu calmer leurs angoisses en amont.

3.3.5 La place de la sage-femme

Nous avons pu relever, à travers le discours des femmes, l'importance de la sage-femme dans l'accompagnement tout au long du travail et lors de l'accouchement. En effet, les femmes ayant été satisfaites soulignent la qualité de leur prise en charge et l'accompagnement par les sages-femmes. Une femme a réussi à se passer d'analgésie jusqu'à sept centimètres. Elle est très satisfaite de

son accouchement. Elle met en avant l'importance de la présence des sages-femmes qui lui ont permis de tenir aussi longtemps sans analgésie. L'acceptation par les sages-femmes du refus de l'APD, dans un premier temps et leur adaptation à la situation en proposant des solutions alternatives telles que le bain, la relaxation ont permis à cette femme d'être entièrement satisfaite de sa prise en charge. À travers leur discours, la présence de la sage-femme paraît très importante à la mise en confiance des patientes avec donc une meilleure gestion de la douleur. Elles disent clairement être plus soulagées pendant une contraction en présence d'une sage-femme et ce, d'autant plus en cas de contact physique. Des études ont été menées pour évaluer l'importance de l'accompagnement sur le déroulement du travail. Ainsi un essai contrôlé randomisé, compare un groupe de femmes recevant les soins habituels avec un groupe de femmes recevant un accompagnement continu, dans des hôpitaux nord-américains. Les critères de jugement sont le déroulement du travail, l'issue de l'accouchement, la morbidité néonatale et maternelle ainsi que la dépression en post partum. Les résultats ont montrés qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes et ce, dans les hôpitaux *« caractérisées par des taux élevés d'interventions de routine pendant l'accouchement »* le soutien continu par des infirmières n'affecte pas la probabilité d'une césarienne ou d'autres résultats médicaux ou psychosociaux du travail et de l'accouchement (45).

Une autre étude descriptive s'est intéressée au vécu des femmes ayant bénéficié d'un soutien (affectif) continu par une doula tout au long du travail. Les doulas utilisaient des techniques telles que l'écoute, l'encouragement, l'éloge, l'information ainsi que d'autres plus spécifiques. Les mères ont admis ces stratégies comme étant extrêmement importantes, influençant le déroulement de leur travail et leur permettant de faire face aux difficultés avec une meilleure assurance. Les points positifs rapportés par les patientes à propos de la doula sont :

« sa présence continue, ses informations sur le travail afin qu'elle puisse anticiper mes besoins. Accepter mon comportement, prendre en considération mes sentiments ; augmenter mon confort, l'encadrement de l'information ». Il est donc important d'apporter un soutien affectif pour assurer de meilleures conditions du déroulement du travail. Les études menées au sujet de l'accompagnement continu sont en nombre limité et exposent des résultats contradictoires sur l'effet de l'accompagnement sur le travail mais ce qui n'est pas niable est l'augmentation de la

satisfaction maternelle en cas d'accompagnement et de soutien. Le rôle de la sage-femme est donc primordial au bon vécu de l'accouchement, l'idéal serait donc l'accompagnement de la femme par un professionnel médical (la sage-femme) et non par une doula (non qualifiée en tant que professionnel de santé), ainsi que par un proche pour assurer un soutien continu sur le plan psychologique, car l'organisation des services ne permet pas à la sage-femme d'être présente continuellement. Cette personne sera choisie par la femme. Il n'est pas obligatoire que cet accompagnateur soit le conjoint de la patiente, il faut qu'elle puisse choisir une personne de confiance, rassurante, la sentant apte à l'accompagner. Il est préférable que cette personne soit présente lors de la grossesse, lors des séances de PNP pour recevoir des informations et des conseils de la part des sages-femmes, afin d'encadrer au mieux la femme le jour de l'accouchement.

Dans notre étude, certaines femmes ont eu recours à l'APD malgré elles, avec une pression du corps médical ou par le sentiment de jugement de leur part. Madeleine Akrich dit à ce sujet :

« Par ailleurs, lors de certaines visites de suivi, le médecin ou la sage-femme s'enquiert des desiderata de la femme en la matière et, en tout cas, rappelle qu'il est souhaitable, dans le cas où elle voudrait une péridurale, de réaliser certains examens et d'avoir une consultation avec un anesthésiste. L'institution produit donc d'emblée un cadrage des scénarios possibles, elle définit ce sur quoi il est possible et même nécessaire d'exprimer une demande. » (46)

Parmi ces femmes, certaines ont été surprises alors que d'autres ne l'ont pas été et l'expliquent par l'organisation du service ou encore le manque de personnel. C'est aussi une expérience que nous avons eu sur les terrains de stages, des patientes confrontées à l'incompréhension de certains professionnels face au souhait d'accouchement sans APD. Maëlle Brouillard fait le même constat (4). Il reste important de respecter le souhait des patientes pour un meilleur vécu ainsi qu'une influence positive sur l'accouchement. D'ailleurs Charlotte Roquillon (sage-femme) rapporte à propos de cela : *« la sage-femme ne doit jamais juger le choix de la patiente [...]. Elle devra être consciente de ses propres convictions afin de ne pas les mêler à son discours professionnel » (47).*

L'APD peut être une réponse à la douleur de la femme mais il ne faut pas nier son intérêt dans l'organisation du service et dans le travail des professionnels. Ceci est très bien expliqué par Maëlle Brouillard :

« Elle permet une meilleure gestion du déroulement du travail, la facilitation des gestes, manœuvres et instrumentation lors de l'accouchement, une réduction du délai de prise en charge en cas de complications » (4). Il est donc possible que les professionnels ainsi que l'organisation du service puissent avoir une influence sur le choix des femmes.

Au total, notre première hypothèse qui stipulait que les femmes voulant accoucher sans APD avaient déjà l'expérience de la maternité est infirmée car elles sont aussi bien primipares que multipares, même si ces dernières sont majoritaires. Nous avons mis en évidence que toutes désirent accoucher soit selon leur culture, soit par peur des conséquences médicales de l'APD, mais que seules, certaines primipares parlent d'accouchement non médicalisé.

La deuxième hypothèse qui stipulait que les femmes qui voulaient accoucher sans APD, selon leur culture ont pris des séances de PNP est infirmée aussi. Parmi les femmes ayant assisté aux séances de PNP, il y a des femmes voulant accoucher selon leur culture mais aussi des femmes ayant d'autres motivations. De plus, deux femmes d'origine étrangère qui revendiquent leur culture n'ont jamais pris de séances de PNP. Elles privilégieront des préparations personnelles ou culturelles avec l'aide de proches pour respecter certaines coutumes.

Notre hypothèse qui prônait qu'en cas de recours à l'APD pour raisons médicales, les femmes, contrairement aux autres, ne vivent pas leur accouchement comme un échec est partiellement validée. Sur les quatre femmes ayant eu une APD pour cause médicale, seulement une est insatisfaite, non pas d'y avoir eu recours mais du manque d'information en amont. Par ailleurs, sur les six femmes ayant eu l'APD sans raisons médicales, une est aussi insatisfaite car ayant eu subi de fortes pressions médicales, elle regrette qu'on ne lui ait pas laissé l'opportunité d'aller au bout de sa résistance.

Pour éviter ces situations, nous allons tenter de proposer des solutions aux professionnels, afin combler ces manques.

3.4 Propositions

L'accouchement sans APD, est un choix personnel, portant un sens, dont les motivations peuvent être très variables d'une femme à une autre. Il est important de s'enquérir de ces motivations avant l'accouchement pour assurer l'accompagnement le plus adapté possible. Le projet de naissance peut être un outil d'échange entre le personnel médical et la femme. Il va permettre un accompagnement de façon plus personnel, réfléchi avec une sage-femme qui va aiguiller le couple dans ses choix en fonction des souhaits et des motivations. Le respect du choix ainsi que l'absence de jugement va permettre un bon vécu de la femme même dans le cas d'accouchement pathologique. L'accompagnement et le contact avec les équipes médicales est ce qui va primer dans le vécu de la patiente.

Si la motivation des femmes est d'éviter l'APD par peur des conséquences de celle-ci sur leur état de santé, il est nécessaire de les éclairer sur cette technique d'analgésie, sur le déroulement de la pose, les risques, les bénéfices, sans émettre de jugement dans lesquels les patientes peuvent se sentir offensées et se replier comme cela l'a été pour l'une des femmes. À ce sujet Anne Salengro (anesthésiste) souligne l'importance de tenir compte des patientes se plaignant de lombalgies chroniques suite à un accouchement sous APD, de réaliser un examen clinique soigneux. Elle propose aussi de prévenir les lombalgies lors de la consultation d'anesthésie, en identifiant les patientes à risque, *« c'est-à-dire celles qui se plaignent déjà de lombalgies »*, et de positionner les patientes en travail de façon à éviter *« les positions vicieuses (notamment éviter la position gynécologique pendant une heure) »*. Elle ajoute que *« l'analgésie péridurale ambulatoire pourrait ici s'avérer intéressante et permettrait un travail dans une position plus physiologique »*. (37)

Lorsque ces femmes sont en travail (spontané ou déclenché), il importe de proposer l'APD parmi les autres techniques de soulagement (bain, ballon, suspension, mobilisation...) sans faire croire que l'APD est le seul moyen de mettre fin à la douleur des contractions. En leur donnant le choix, elles vont sentir l'importance que le professionnel porte à leur avis et qu'il leur donne une place en tant qu'actrice et nécessaire. Il est capital, une fois l'APD refusée, de ne pas être intrusif mais de respecter le choix de la patiente tout en lui assurant la possibilité d'y avoir recours à tout moment sans donner de limite. Ceci va permettre à la patiente

de se sentir en sécurité et non menacée. C'est donc lui laisser la possibilité d'apprécier seule quand son seuil de tolérance à la douleur est dépassé. Sachant qu'aucune restriction ne sera faite quant à la dilatation cervicale maximale, elle n'aura pas à opter pour une APD trop tôt à son goût, par peur de ne plus y avoir accès ultérieurement.

Si la motivation est le souhait d'un accouchement le plus naturel possible, nous devons proposer les moyens alternatifs et la laisser choisir en fonction de son confort. Les séances de PNP vont jouer un rôle important dans la gestion de la douleur, car c'est à ce moment-là que les différentes méthodes de soulagement doivent être abordées. Elles commencent par un entretien du quatrième mois, individuel qui va permettre aux parents de définir leur projet en fonction des souhaits et ce, dès le début de grossesse. Cet entretien va surtout permettre d'aiguiller le couple dans ses choix et vers une maternité adaptée à son projet de naissance. Selon Pauline Poirier, cet entretien

« permet à la femme de trouver pour cette période les ressources nécessaires grâce à la liaison faite avec le système de santé et ses différents professionnels. Il soutient donc l'autonomie des parents et leur confiance en leurs capacités tout en repérant les éventuels facteurs de vulnérabilité » (48).

Ces séances, au lieu de se pencher sur le versant médical vont plutôt aborder le versant psychosocial du couple pour évaluer les besoins.

L'avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales de 2003, précisait trois thèmes *« pour une bonne pratique de la PNP :*

- ✧ *Apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période prénatale.*
- ✧ *Responsabiliser les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître.*
- ✧ *Ménager un temps d'écoute permettant aux médecins et sages-femmes de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité tant psychologiques que physique, économiques et sociales [...]. Proposer un travail corporel adapté en fonction des besoins des femmes. » (49)*

Pour les femmes voulant connaître leur limite à la douleur, l'accompagnement se situe dans le soutien et l'encouragement afin d'établir un climat de confiance, pour les valoriser. Ceci va leur permettre de pousser leurs limites au maximum et une meilleure mise en place du lien mère-enfant. Pour cela, il est important pour la femme de choisir une personne qui l'accompagnera lors de la grossesse et tout au long de l'accouchement, personne qui saura la mettre en confiance et l'aidera à se détendre entre les contractions. Il est donc indispensable à cet accompagnateur de se préparer pour pouvoir assurer un soutien adapté.

Si une indication médicale impose le recours à l'APD en urgence, il est nécessaire d'informer la patiente de l'urgence et de la non possibilité de l'accomplissement du projet tout en la rassurant et lui expliquer. Le déclenchement n'est pas une indication médicale d'APD à lui seul. Il est important d'informer la patiente de l'intérêt, des modalités et des risques. Le choix du recours à l'APD lui sera alors laissé et non imposé.

Il est important, en tant que professionnel, de cerner les limites des femmes. Quand le ressenti des contractions est perçu par la patiente comme une souffrance insupportable et que le recours à l'APD est décidé, nous devons continuer à les soutenir, même si elles sont physiquement soulagées, les rassurer et les valoriser pour ce qu'elles ont réussi à faire. Ainsi elles ne vivront pas ce recours, comme un échec.

Lors de l'accompagnement, la sage-femme doit proposer des moyens alternatifs, il est donc important d'être à l'écoute et d'aborder cette question en amont de l'accouchement pour que la patiente puisse exprimer ses souhaits en toute lucidité et que la sage-femme puisse en discuter. C'est pourquoi, il est primordial de former les sages-femmes aux moyens d'accompagnement tels que le yoga, l'acupuncture, la sophrologie, ainsi que d'autres techniques, car ne l'oublions pas, la sage-femme est l'actrice principale dans la prise en charge médicale et dans l'accompagnement allant de pair avec un proche accompagnateur.

Conclusion

En France, le recours à l'APD est en constante augmentation depuis une trentaine d'année, le taux ayant atteint 78% en 2010. Ce taux ne reflète pas le souhait des femmes, puisque 54% des femmes désirant accoucher sans APD y ont recours.

Lors des entretiens, les femmes ont expliqué les raisons de leur choix. Une grande partie, souvent en lien avec le respect d'une culture, a peur des conséquences de l'APD, et les deux tiers n'avaient pas pris de cours de PNP. Pour certaines, la motivation était plus intime, liée à une volonté d'autonomie ou au souhait de vivre une expérience leur permettant de découvrir leur propre limite et avaient pour ce faire pris des cours de PNP.

Les femmes sont cependant majoritairement satisfaites de leur accouchement bien qu'elles aient relevé certains manques comme la pression de la part des professionnels et, pour certaines, le regret de ne pas avoir été au maximum de leur tolérance. Si elles souhaitaient une liberté de mouvement, elles ont été satisfaites par l'APD qui leur a permis de continuer à se mobiliser.

Lorsqu'elles avaient pour but de découvrir leurs limites, elles ont aussi été satisfaites car ce sont elles qui ont réclamé l'APD, estimant avoir atteint leur maximum, et leur objectif. Celles qui en ont bénéficié pour un déclenchement ou pour une indication médicale ont mis de côté leur projet et se sont concentré sur les risques pouvant survenir. Trois se disent satisfaites par le bon déroulement des événements. Une n'est pas satisfaite : malgré l'indication de déclenchement, elle regrette le manque de considération de la part de l'équipe médicale, vis à vis d'elle et de son projet, puisqu'ils n'en n'ont pas tenu compte, en posant l'APD sans le lui annoncer, ni expliquer la cause (Mme C).

Enfin une autre femme, Mme E, est déçue par l'intrusion des sages-femmes dans son projet : elles auraient insisté sur la nécessité de l'APD pour son premier enfant et en jouant sur l'inquiétude de la femme qui a fini par douter de son choix alors qu'elle était parvenu à six centimètres de dilatation.

Notre étude étant une étude qualitative, elle a permis de mettre en évidence le vécu et le ressenti de quelques femmes, il pourrait être intéressant de faire une

étude avec plus de puissances pour pouvoir proposer des prises en charge adaptées à ces patientes.

Bibliographie

1. BERNARD M.-R. *Construction de la maternité et analgésie péridurale per partum : étude des corrélations entre le niveau de sensibilité des femmes pendant l'accouchement et la construction précoce des liens mère-enfant*. Doss Obstétrique. 2006 ; vol 33 (n°352) : p.15-24.
2. LANDAIS M. *Tu enfanteras dans la douleur, tu allaiteras dans le bonheur*. Doss Obstet. 2005 ; 340 : 12-4.
3. BLONDEL B. et al. *The perinatal situation in france. Trends between 1981 and 1995*. JGynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1997.
4. BROUILLARD MG. *Le souhait d'accoucher sans analgésie péridurale : étude descriptive de la prévalence, des motivations des femmes et de leurs caractéristiques socio-professionnelles*. Mémoire de fin d'étude de sage-femme ; 2013.
5. BLONDEL B. et al. *Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Périnatal Surveys*. JGynecol Obstet Biol Reprod. Paris ; 2012.
6. CHALMERS B. et al. *Use of routine interventions in vaginal labor and birth : findings from the maternity experiences survey*. Birth Berkeley Calif. 2009.
7. REDSHAW M. et al. *Recorded delivery: a national survey of women's experience of maternity care 2006*. Nationa Perinat Epidemiol Unit. 2006.
8. LIU N. et al. *Social disparity and the use of intrapartum epidural analgesia in a publicly funded health care system*. JGynecol Obstet. 2010.
9. KPEA L. *Discordances entre souhait et réalisation d'une analgésie péridurale en cours de travail en france en 2010*. Inserm ; 2013.
10. PAYEN J-F. *Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur, Prat En Anesth Réanimation*, 2002.
11. LAURENTA. *La douleur de l'accouchement dans l'imaginaire des nullipares*, mémoire de fin d'étude de sage-femme, 2007.
12. DUBOURDIEU J. *douleur et obstétrique*. 2004.
13. MERCIER F. *Douleur du travail et de l'accouchement : place de l'analgésie péridurale*. Prat En Anesth Réanimation, 2005.
14. MELZACK R. *Labour pain as a model of acute pain*. Pain 1993 ; (53) : 117-20.
15. AFFOLTER T. *Les hormones de l'accouchement*, article, 2010 ; http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2010_04-S28_33.pdf, 2013-12-18
16. MONCONDUIT L., VILLANUEVA L. *Intégration et modulation de la douleur dans le système nerveux central*. Neuropsychiatr Tend Débats. 2005 ; 27 : 45-59

17. BRETON DL. *Anthropologie de la douleur*. Éditions Métailié ; 2006. 242 p.
18. VUILLE M. *Quel sens revêt la douleur de l'accouchement ?* Étude sociologique, 2006 ; http://www.heds-ge.ch/sf/6nov2006/M_Vuille.pdf, 2013-12-09
19. CHAUFFOUR-ADER MC. *Comprendre et soulager la douleur*. LAMARRE. 2008. 170 p.
20. THEIL. *L'accouchement sans douleurs. Les principes et la pratique de l'accouchement naturel*, Paris Colbert, 1953.
21. DELLINGER S. *L'expérience de la douleur de la naissance par les femmes : création d'un étayage à la philosophie sage-femme de l'accouchement normal*. Mémoire de fin d'étude de sage-femme (Suisse), 2012.
22. EXBRAYAT Y. *L'accouchement*, article de psychologie ; 2013 ; <http://www.exbrayat-psychologue.fr>, 2014-01-19.
23. DE VALORS M.H. *Le versant psychique de l'accouchement*. De la globalité de la naissance ; NPO sage-femme, 2008.
24. SMITH CA., LEVETT KM., COLLINS CT, CROWTHER CA. *Relaxation techniques for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1996.
25. BONHOMMET S. *Gérer la douleur autrement*. Cour ESF, 2013.
26. BONAPACE J. *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace* bonapace.com/page.php. 2013.
27. BETTOLI L. *L'accouchement sans douleur est mort?* Schweizer. Suisse ; 2003.
28. POIRIER P. *La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents*. Mémoire de fin d'étude de sage-femme, 2011.
29. Haute Autorité de Santé. *Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*. 2005.
30. BYDLOWSKI Monique. *Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne*. Article, Devenir n°2, 2001.
31. Ordre des sages-femmes - Conseil National *La sage-femme est-elle habilitée à effectuer des actes relevant de la fonction d'aide-opératoire ?* http://www.ordre-sagesfemmes.fr/NET/fr/document/2/partie_extranet/news_data/soins_infirmiers/la_sagefemme_estelle_obligee_de_servir_les_cesariennes_/index.htm 2014-01-19
32. ROBIN V. *L'accompagnement des parturientes serait-il influencé par l'analgésie péridurale ?* Mémoire de fin d'étude de sage-femme, 2011.
33. SCOTT KD, et al. *A comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta-analysis*. Am J Obstet Gynecol. Mai 1999 ; 180 (5) : 1054-1059.
34. TOURNE C.-E. *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle* - Montpellier. Sauramps médical ; 2002.

35. BOURDAIS F. *Projets d'accouchement du transitif, indirect et direct, à la transition*. Doss Obstétrique. 2009 ; Vol 36, n°388.
36. SALENGRO A. *L'anesthésie péridurale en obstétrique est-elle responsable de douleurs lombaires chroniques ?* Prat En Anesth Réanimation. févr 2006 ; 10 (1) : 41-44.
37. LE RAY C. et al. *Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France*. Birth Berkeley Calif. Sept 2008 ; 35 (3) : 171-178.
38. AVELINE C. Bonnet F. *Influence de l'anesthésie péridurale sur la durée et les modalités de l'accouchement*. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation Vol 20 - N° 5 P. 471-484 - mai 2001.
39. TANG CS et al. *An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth*. J Clin Nurs. Août 2009 ; 18 (15) : 2125-35.
40. ESCOTT D et al. *Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education*. Clin Psychol Rev. 29 nov 2009.
41. STAUFFER F. *Accouchement sans APD, comprendre pour mieux accompagner*. Mémoire de fin d'étude de sage-femme ; 2008.
42. PAYEN J-F et al. *Déambulation pendant le travail*. Obstétrique. MAPAR. Grenoble ; 2002 ; 91-96.
43. MELZACK R et al. *Labor pain: effect of maternal position on front and back pain*. J Pain Symptom Manage. Nov 1991 ; 6 (8) : 476-480.
44. DEGUINGAND PJ. *Prise en charge de la douleur en salle de naissance : une enquête de satisfaction auprès de patientes du CHU de Nantes*, mémoire de fin d'étude de sage-femme, 2012.
45. HODNETT D. *Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in north American Hospitals*. JAMA: the journal of the American Medical Association, Sep 18, 2002, 11.288, 1373-1381p.
46. AKRICH.M *La péridurale, un choix douloureux*. Cahier du genre n°25 ; 2008.
47. ROQUILLON C. *Accoucher aujourd'hui sans APD : l'expérience de 55 femmes*. Mémoire de fin d'étude de sage-femme ; 2008.
48. POIRIER P. *La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents*. Mémoire de fin d'étude de sage-femme ; 2010.
49. République Française. Avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes article 1er. JO. De la république Française du 27 février 2003. http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/117_avenant_n3_a_la_convention.pdf

Annexes

Annexe I : Trame pour l'entretien semi-dirigé

La motivation de ces femmes à faire ce choix malgré les moyens mis à disposition pour accoucher sans douleur

- Comment vous êtes-vous représenté l'accouchement ? (Hypothèse 1 et 2)
(Antécédent de parité si la patiente ne l'aborde pas par elle-même) (Introduire la culture et la religion, l'entourage, l'environnement)
- Quelle était votre perception de l'accouchement avant la maternité ? (D'où tiennent-elles ces représentations ? récit de proches ayant déjà accouché, médias...) (Hypothèse 1 et 2)
- L'accouchement sans péridurale, Cela a-t-il été un choix mûrement réfléchi ou un choix évident pour vous ? Pourquoi ? (Hypothèse 1 et 2)
- De quelle préparation avez-vous bénéficié pendant la grossesse et qu'est-ce que ça vous a apportée (ou qu'est-ce que vous en pensez) (Hypothèse 2)
- Quels sont les critères qui vous ont poussée à faire ce choix lors de la grossesse ? (Cours de préparation à la naissance, l'expérience de l'accouchement) (Hypothèse 1 et 2)
- Quel a été votre sentiment juste avant l'accouchement (lors du travail) (angoisse, panique, sereine), Votre projet (accouchement sans péridurale) était-il toujours présent ? (Hypothèse 3)

En salle de travail

- Comment avez-vous vécu le début du travail (douleur) ? (Hypothèse 3)
(Récit du déroulement du travail avec les difficultés éventuellement rencontrées)
- Quel est votre ressenti sur votre prise en charge par la sage-femme ? et les autres professionnels lors du suivi du travail ? (Hypothèse 3)
- Quelle a été la cause du recours à la péridurale ? (l'annonce, explication donnée ou non, leur ressenti au moment de l'annonce et après la pose de péridurale, ont-elles ressenti une pression psychologique de la part du corps médical.) (Hypothèse 3)

Après l'accouchement

- Êtes-vous satisfaite de votre accouchement ? Pourquoi ? (cotation sur une échelle de 0 à 10?) (Hypothèse 3)

- Comment le vivez-vous aujourd'hui ? (*hypothèse 3*)
- Que manquait-il selon vous, lors de cet expérience pour que vous puissiez aller au bout de votre projet. (*Hypothèse 4*)

Réalisation d'une analgésie péridurale malgré un souhait contraire : Le vécu de dix femmes

Le taux d'analgésie péridurale en France, est l'un des plus élevé au monde. Ce taux ne reflétant pas toujours le souhait des femmes, il nous est donc parût important d'aller à la rencontre des femmes qui ont accouché sous analgésie péridurale malgré un souhait contraire afin de comprendre leur motivation, le déroulement des événements, ainsi que leur ressenti sur la prise en charge en maternité et enfin leur manque et satisfaction. Ceci nous permettra de donner des pistes aux professionnels afin d'assurer un accompagnement propre à chaque patiente dans le respect de son projet.

Nous avons mené une étude qualitative sur 10 femmes, par entretien semi dirigé entre octobre et décembre 2013, dans un cabinet de sage-femme libéral.

La principale motivation relevée auprès des dix femmes est la peur du geste technique de l'APD, souvent en relation avec le respect d'une culture. Les autres motivations sont le souhait d'un accouchement naturel, considéré comme meilleur au déroulement du travail et de l'accouchement. Les femmes sont toutes satisfaites de leur accouchement et de leur prise en charge, à l'exception de deux. Mais toutes les femmes exprimaient des manques.

L'accouchement sans analgésie péridurale est un choix réfléchi. Il est donc important que les professionnels comprennent les différentes motivations afin d'adapter leur prise en charge à chaque patiente et non de faire de l'accouchement qui est un moment unique pour la femme et le couple, un événement standard.

Mots-clés : analgésie péridurale, éducation prénatale, pratiques éducatives parentales, motivation, évènement de vie

Realization of epidural analgesia despite a contrary desire : the experience of ten women

The rate of epidural analgesia in France is one of the highest in the world. This rate does not always reflect women's desire, therefore it seemed important for us to meet women who delivered under epidural analgesia despite a contrary desire to. We wanted to understand their motivation, the course of events, as well as their feelings to support maternity and finally deficiency and satisfaction. This allows us to provide avenues for professionals to ensure proper support to each patient in accordance with her plan.

We conducted a qualitative study with 10 women, on the basis of semi-structured interview, between October and December 2013 interview in an independent midwife's surgery.

The main motivation survey among ten women is the fear of technical gesture of epidural analgesia, often in connection with the fulfillment of a culture Other motivations are the desire for a natural childbirth, considered the best workflow and delivery. The majority of women were satisfied with their delivery and their care, with the exception of two. All the women expressed shortages.

Childbirth without epidural analgesia is a thoughtful choice. It is therefore important that professionals understand the different motivations to adapt their care to each patient. Childbirth is a unique moment for both the woman and the couple, it is not standard event.

Keywords: analgesia, epidural, prenatal education, parenting, motivation, life change events